

Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter  
Häufigkeiten und soziale Verteilung

von

Hellmuth Braun

aus

Tauberbischofsheim

1980

1981 # 101







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

Aus der Kinderklinik  
der Universität Erlangen-Nürnberg  
Direktor: Professor Dr. med. K. Stehr

---

# Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter

## Häufigkeiten und soziale Verteilung

INAUGURAL - DISSERTATION  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt  
von  
Hellmuth Braun  
aus  
Tauberbischofsheim

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen  
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof.Dr. W.Kersten

Referent: Prof.Dr.G.Neuhäuser

Korreferent: Prof.Dr.K.Stehr

Tag der mündlichen Prüfung: 08.12.1980

## INHALTSVERZEICHNIS

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Einleitung.....                                                                 | 1  |
| Methodische Voraussetzungen medizinisch-psycho-<br>logischer Epidemiologie..... | 4  |
| 1. Der medizinische Krankheitsbegriff als epi-<br>demiologisches Problem.....   | 4  |
| 2. Testsituation als technischer oder sozialer<br>Bezug.....                    | 7  |
| 3. Aktionsforschung als Alternative.....                                        | 9  |
| 4. Zur Problematik von Schichtuntersuchungen....                                | 11 |
| 5. Parallelen zwischen medizinischen und sozio-<br>logischen Hypothesen.....    | 13 |
| 6. Psychosomatose und Psychosomatische Medizin..                                | 15 |
| Zur klinischen Charakterisierung psychosoma-<br>tischer Störungen.....          | 17 |
| 1. Asthma bronchiale.....                                                       | 17 |
| 2. Anorexia nervosa.....                                                        | 22 |
| 3. Enuresis.....                                                                | 33 |
| 4. Obstipation.....                                                             | 38 |
| 5. Tic.....                                                                     | 41 |
| 6. Zusammenfassung.....                                                         | 44 |
| Zur Theorie der Psychosomatogenese.....                                         | 45 |
| 1. Verständigungsprobleme in der Psychoanalyse.                                 | 45 |
| 2. Konversion bei Hysterie und Psychosomatose..                                 | 46 |
| 3. ALEXANDER und MITSCHERLICH. Der autonome<br>Körper.....                      | 50 |
| 4. Alexithymie. Ein neuer Theorieversuch.....                                   | 54 |
| 5. BALINT und DEUTSCH. Psychosomatogenese und<br>Objektbeziehungen.....         | 59 |

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6. Thesen zur Psychosomatogenese.....                                                    | 62  |
| Eigene Untersuchung.....                                                                 | 68  |
| 1. Patienten und Methode.....                                                            | 68  |
| 2. Allgemeine Ergebnisse anderer Untersuchungen.....                                     | 70  |
| 3. Eigene Ergebnisse.....                                                                | 71  |
| Zusammenfassung.....                                                                     | 78  |
| Tabellarische Ergebnisse der eigenen Unter-<br>suchung (Anhang 1).....                   | 80  |
| Kurzdarstellung epidemiologischer Untersuchungen<br>über Psychosomatosen (Anhang 2)..... | 88  |
| 1. Allgemeine epidemiologische Untersuchungen<br>bei Kindern.....                        | 89  |
| 2. Studien von Einzelkrankheiten.....                                                    | 96  |
| 3. Untersuchungen von Allgemeinärzten.....                                               | 98  |
| 4. Allgemeine epidemiologische Untersuchungen...                                         | 99  |
| Literaturverzeichnis.....                                                                | 103 |
| Danksagung.....                                                                          | 130 |
| Lebenslauf.....                                                                          | 131 |

## EINLEITUNG

Die Epidemiologie psychischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters beginnt mit Einführung der allgemeinen Schulpflicht (276, S. 11ff.). Den jeweiligen historischen Verhältnissen entsprechend wechselte das Interesse an solcher Forschung. Aufwind bekam die Epidemiologie immer durch administrative Versuche, den Therapiebedarf genauer vor auszuplanen (z.B. Mental-Health-Bewegung, Psychiatrie-Enquete). Ergebnisse wie die unterschiedliche soziale Verteilung von Neurosen und Psychosen hatten großen Einfluß auf die ätiologische Diskussion und führten zu vielfältigen Erklärungsansätzen (Psychogenie, Soziogenie, Non-Starter-Syndrom, Drift-, Streß- und Labelling-Hypothese).

Zwischen den Neurosen und Psychosen nehmen sich die Psychosomaten gleichsam bescheiden aus. Sie taugen nicht zur Polarisierung, ihre Sozialverteilung ist uneinheitlich (67). Es existiert nur eine einzige Untersuchung, die der Beziehung von Psychosomatose und Gesellschaft - allerdings für das Erwachsenenalter - reserviert bleibt (332). Somit entsteht der Eindruck, als sei die Sozialepidemiologie psychischer Erkrankungen ein Bermudadreieck, um dessen Ausdehnung sich Medizin, Psychologie, Soziologie und Psychoanalyse streiten mit dem Erfolg, daß kindliche Psychosomaten

spurlos verschwinden.

Im Kindes- und Jugendalter, wenn weder Psychosen noch Psychosomatosen häufig sind, nehmen Verhaltensstörungen den größten Platz im Spektrum der erfaßten Merkmale ein. Dadurch werden etwaige psychogenetische und soziale Unterschiede zwischen neurotischen, psychotischen und psychosomatischen Störungen nicht thematisiert zugunsten eines rein quantitativen Sammelbegriffes "Verhaltensstörung" (137). Die Psychosomatosen sind dann meist in mehreren Untergruppen verteilt, die ihrer Eigenart kaum eine Chance lassen. Bei arbeitsmedizinischen Fragestellungen werden Psychosomatosen nur selten berücksichtigt (1,59,96,186,300,317).

Die vorliegende Studie versucht, der Psychosomatogenese auf mehreren Ebenen gerecht zu werden, ohne die soziale Dimension subjektiven Leidens zu vernachlässigen (260). Darauf soll im Gegensatz zu zahlreichen psychologischen, familialen oder biologischen Einschränkungen beharrt werden (27,274,304).

"Keineswegs sind die biologischen Gesetzmäßigkeiten des menschlichen Individuums außerhalb seiner sozialen Existenz angesiedelt. Sie werden in Form einer dialektischen Negation darin aufbewahrt....Innere Natur erscheint nur noch als ein untergeordnetes Moment in der übergeordneten dialektischen Einheit von Individuum und Gesellschaft, nicht mehr als bestimmend, aber als notwendig vorausgesetzt und bedingend." (333,S.35)

Diese Betrachtungsweise bedeutet für die Medizin ein Pro-

blematisieren des Krankheitskonzeptes, das im Morphologischen verhaftet bleibt, für die Psychologie ein Infragestellen von Testbatterien, die den Anschein naturwissenschaftlicher Perfektion erwecken, für die Soziologie eine Kritik an Schichtuntersuchungen, die lediglich Äußerlichkeit und Abweichung sozialer Phänomene aufdecken, für die Psychoanalyse eine Absage an die ausschließlich metapsychologische Interpretation organischer Prozesse.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Geäußerte Kritik zielt nie ad hominem, sie gilt ausschließlich dem Gegenstand, vor allem bei punktueller Betrachtungsweise (z.B. Testtheorie, Konversionstheorie). Abschließend wird eine eigene Untersuchung vorgelegt, die bei Patienten der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg fünf psychosomatische Störungen und ihre sozialstatistischen Daten analysiert. Damit sollen sozialepidemiologische Tendenzen aufgezeigt werden.

# METHODISCHE VORAUSSETZUNGEN MEDIZINISCH PSYCHOLOGISCHER EPIDEMIOLOGIE

## 1. Der medizinische Krankheitsbegriff als epidemiologisches Problem

Psychosomatosen werden zum größten Teil im Rahmen psychischer Auffälligkeiten und Störungen zum Forschungsgegenstand. 'Psychische Störung' soll deshalb hier ein Oberbegriff sein, der die Psychosomatosen einschließt. Nach Durchsicht sozialepidemiologischer Studien fällt auf, mit welcher Selbstverständlichkeit medizinisch-psychiatrische Daten verwandt werden. Ausgangspunkt ist der medizinische 'Fall', die Diagnose. Aber was ist das?

Diese Frage wird meist gar nicht gestellt; ohne große Mühe werden sofort medizinische (Psychose, Neurose usw.), psychologische (extrovertiert, introvertiert usw.) und soziologische Kategorien (normal, abweichend usw.) aneinandergereiht.

"In den meisten....Untersuchungen schweigt man sich zu dem hier thematisierten Problem aus und akzeptiert wechselweise das Kategorieninventar als unproblematisch. Dies muß Konsequenzen haben für die Erkenntnismöglichkeit der Epidemiologie, ihr bleibt zunächst sicher verschlossen, was an sozi-

alen Prozessen in der Sprache der Psychopathologie ausgefiltert ist. Was aber noch bedeutsamer ist, ist die Tatsache, daß die Wirklichkeit eines solchen Sprachfilters gar nicht zur Kenntnis genommen wird." (161)

Verborgen bleibt, daß medizinisch-psychiatrische Diagnosen ausgerichtet sind an einem 'medizinischen Modell'; dabei wird unterstellt, daß psychische Krankheiten nach den gleichen Gesetzmäßigkeiten funktionieren wie körperliche, daß die Krankheit im Patienten stattfindet, isoliert vom sozialen Kontext. Versuche, auf der Basis dieses 'medizinischen Modells' ein Konzept der psychischen Gesundheit und Krankheit zu finden, können nicht überzeugen. Psychisches ist nicht aus sich selbst erschließbar; es ist vielmehr zugleich individuelles Spiegelbild und Konstituens der Gesellschaft in ihrer historisch-ökonomischen Eigenheit (66,93,115). Normative Kriterien (gesund/krank, Neurose/Psychose) ergeben sich nicht aufgrund von abstrakt-nosologischen Einteilungen; Berücksichtigung finden muß immer die Dialektik von Gesellschaft und psychischer Individualität.

Dienen unreflektierte Diagnosen aber als Basis für epidemiologische Studien, ist zwar eine Verteilung der zum jeweiligen Zeitpunkt aktuellen Diagnosemuster zu erkennen, nicht aber das Ausmaß psychischer Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung.

Vorzugsweise in anglo-amerikanischen Untersuchungen findet

man Diagnosen durch Symptomverzeichnisse ersetzt, was jedoch nur wenig hilfreich ist:

- a. Entweder die Symptomliste ist nichts anderes als ein aufgeschlüsseltes Diagnosenschema; das Ergebnis ist gleich, nur die Interpunktion anders; das Etikett wird aufgegeben, die Bestandteile bleiben.
- b. Oder aber der Versuch, bestehende Diagnoseschemata zu meiden und auch leichtere Störungen zu erfassen, endet mit der (fast-)totalen Psychiatisierung der Bevölkerung.
- c. Bei Kombination der angeführten Möglichkeiten bleibt völlig verborgen, was nun eigentlich gemessen wird.

Der kausale Charakter psychischer und psychosomatischer Störungen ist noch weitgehend ungeklärt. Das zeigt eine Vielzahl von Untersuchungen über sozialen Streß und körperliche Reaktionen (129,138,148,156,168,212,225,245). Die Epidemiologie aber sollte sich nicht auf Deskription von Häufigkeiten mehr oder weniger behelfsmäßiger, modischer oder doktrinärer Diagnosen beschränken. Andererseits wäre aber die Epidemiologie überfordert, wollte man von ihr verlangen, als Ergebnis fertige Theorien zu liefern:

"Quantitative Zusammenhänge sind und bleiben jedoch statistische Zusammenhänge. Die Qualität des Zusammenhangs muß theoretisch erschlossen werden, sie offenbart sich nie in quantitativen Beziehungen." (106)

## 2. Testsituation als technischer oder sozialer Bezug

Zu den unbekannten und deshalb auch nicht absehbaren Folgen einer Übernahme des 'medizinischen Modells' summiert sich eine Palette von Störfaktoren aus der Untersuchungs- und Testsituation.

Generell gilt die Voraussetzung, daß die meist bipersonale Testsituation als soziales Feld nur für Alltagssituationen repräsentativ ist, welche identischen Bedingungen unterliegen. Die Übertragung von Ergebnissen einer 'mikrosozialen' Testbeziehung auf die 'makrosoziale' Entstehung von 'Geisteskrankheiten' ist problematisch (209).

Das Verhältnis von Untersucher und Proband wird nicht nur von vergleichsweise überschaubaren Gegebenheiten (Alter, Geschlecht, Religion, Rasse, soziale Schicht, Sympathie) beeinflusst, sondern auch von Tendenzen bestimmt, den vermutlichen Zielen der Untersuchung zu entsprechen oder die Antworten auf ein soziales Ideal-Selbstbild auszurichten. Die Fähigkeit, potentielle Ziele der Untersuchung zu erraten, ist von der Schulbildung und damit wiederum von der sozialen Schicht abhängig. Speziell bei Kindern ist eine zusätzliche Komplikation, Mütter- und Lehrerfragebögen kombinieren zu müssen.

Die Unzuverlässigkeit einer Testsituation zeigt das Experiment von CLARK und TIFFT: Nach einer Fragebogenuntersuchung überprüften sie den Wahrheitsgrad der Antworten mit einem Lügendetektor und stellten den Probanden vorher frei, ihre Antworten zu ergänzen; fast alle Antworten waren unvollständig (vgl. 235).

Legt man die klassischen Testkriterien Objektivität, Reliabilität und Validität als Maßstab an, werden Schwierigkeiten und Schwächen besonders deutlich (273). Schon die Bedingung der Objektivität ist kaum eindeutig zu erfüllen: Besteht keine Übereinstimmung zwischen Untersuchern bzw. Diagnostikern, fehlt die Objektivität. Ist aber hohe Übereinstimmung erzielt, bleibt offen, ob sich die Untersucher lediglich an die gleiche Linie hielten (Ausbildung, Klinik, Lehranalyse), also blinde Flecken zur Deckung brachten. Da die drei Gütekriterien hierarchisch geordnet sind und die nächste Stufe (z.B. Reliabilität) nicht über das qualitative Niveau der vorangehenden (Objektivität) hinausgehen kann, ist bei breiten epidemiologischen Untersuchungen auch kaum ein ausreichender Validitätsgrad zu erreichen.

Untersuchungen über psychische Krankheiten erliegen außerdem oft einem Zirkelschluß: Hypothesen gelten als verifiziert, wenn die erhobenen Ergebnisse positiv ausfallen. Dabei wird vorausgesetzt, daß die Hypothese einen Ausschnitt der Wirklichkeit richtig wiedergebe. Hypothesen im sozialen

Bereich sind aber wegen der Komplexität zu beobachtender Prozesse meist schon so stark abstrahiert, daß nicht der zugrunde liegende soziale Prozeß, sondern höchstens die Hypothese validiert wird. Die Gleichsetzung von bewiesener Hypothese und Realitätserkenntnis liegt nur im Interesse des Forschers, die Wissenschaft kann also unbehelligt neben den tatsächlichen Verhältnissen arbeiten.

Angesichts der nicht reduzierbaren Komplexität sozialer Probleme, bei der unsicheren Ausgangsbasis, einer Vielzahl von keineswegs umfassend bekannten Störfaktoren und der unzulässigen Generalisierung von Ergebnissen aus Testsituationen erscheint es fragwürdig, sozialepidemiologische Untersuchungen auf das Ausführen eines immer raffinierter ausgeklügelten Planes zu beschränken.

### 3. Aktionsforschung als Alternative

Das Kriterium der 'technischen Relevanz' (145) ist in seinem Geltungsbereich begrenzt; der Glaube, mit methodischen Verbesserungen sei ein wesentlicher Wissenszuwachs zu erreichen, muß aufgegeben werden. Versuche, die mit höherer Exaktheit zunehmende Trivialität psychologischer Ergebnisse zu überwinden, sind unter dem gemeinsamen Nenner 'Aktionsforschung' bekannt geworden (116,146,220).

Hypothesen haben in diesem neuen Zusammenhang den Rang von Handlungsanweisungen; der Überprüfungszusammenhang wird durch den Entdeckungszusammenhang und den Verwertungszusammenhang der theoretischen Sätze ergänzt. Der Forscher verläßt seinen Elfenbeinturm und arbeitet selbst an (den auch zu beobachtenden) Aktionen mit: Sein Verhalten ist ebenso Gegenstand der Untersuchung wie das der nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter.

Dieses Konzept gewinnt für unsere Betrachtung Relevanz durch Gemeinsamkeit mit der Psychoanalyse: Ziel der Bemühungen ist nicht in erster Linie eine wertfreie Wahrheit, sondern das Herstellen subjektiven Wohlbefindens; Forschungs- und Therapie- bzw. Aktionssituation überlappen sich; an die Stelle vorgeblich neutraler Beobachter tritt engagierte Interaktion; papierene Methoden werden durch Gespräch ersetzt.

Die gegenseitige Bereicherung von Psychoanalyse und Aktionsforschung kann u.a. eine neue Therapieform ermöglichen, welche die Abneigung der Psychosomatiker gegen ein psychotherapeutisches Setting in Rechnung stellt und gleichzeitig vermehrt soziale Prozesse erfaßt, wie es bei der Interpretation der psychosomatischen Station als eine alle Beteiligten umfassende Einrichtung ansatzweise schon geschieht (170,290).

#### 4. Zur Problematik von Schichtuntersuchungen

Es bleibt noch die Frage: Wie soll die untersuchte Population sozial gegliedert werden? Grundlage jeder Schichtuntersuchung ist ein Schichtmodell. Bereits hier gibt es erhebliche Divergenzen; ein kurzer Abriß soll das verdeutlichen.

JANOWITZ (149) unterscheidet vier soziale Schichten nach der Berufstätigkeit des Vaters, Landwirte bleiben allerdings unberücksichtigt.

KLEINING und MOORE (169) stützen sich auf eine Selbsteinstufung (SSE), als 'Prestige-score' bezeichnet; diese Methode ist relativ einfach in der Anwendung. Prestige-Skalen messen das sozial Erwünschte und Erstrebenswerte, die Attraktivität von Berufsgruppen und nur auf diesem Umweg soziale Machtverhältnisse. So ordnen sie zwar die Gesellschaft, nicht aber gesellschaftlich relevante Schichten.

SCHEUCH (261) geht über JANOWITZ hinaus mit einem kumulativen Index für Ausbildung, Beruf, Einkommen, Lebensstandard und kulturelles Niveau. Derartige Indices haben den Nachteil, daß sie in unerkenntlicher Weise nivellierend wirken: Unterschiedlich hohe Werte auf verschiedenen Skalen ergeben gleiche Endsummen. Dieser Effekt wird durch die unterschiedliche Gewichtung einzelner Variablen nicht vermieden. SCHEUCH findet so die 'nivellierte Mittelstandsgesellschaft'.

DAHRENDORF (54) unterscheidet eher apriorisch Unterschicht, Arbeiterschicht, Mittelstand, Dienstklasse, falscher Mittelstand und Elite; er vollzieht seine "Schätzungen auf der Basis informierter Willkür". (127, S.14)

Marxistische Gesellschaftsmodelle (14, 243, 308) bauen bewußt nicht auf der Schicht als einer willkürlichen Kategorie auf, weil sie den Klassenantagonismus, verbunden mit dem Legitimationsanspruch der MARXschen Theorie im Auge behalten.

Prinzipiell muß jedoch festgehalten werden, daß nach den bisherigen Erfahrungen die Unterteilung der Gesellschaft in soziale Gruppen, Schichten oder Klassen allein wesentliche neue Ergebnisse kaum verspricht. Psychosomatosen sind Folgen einer dysfunktionalen Einstellung zum eigenen Körper. Die körperliche Subjektivität verändert sich anscheinend aber in grundlegender Weise nur innerhalb größerer Zeiträume (80, 91) und ist mit soziologischen Momentaufnahmen nur schwer erfaßbar. Andererseits ist die Argumentation vordergründig, Psychosomatosen seien nicht sozial bedingt, weil sie nicht sozial ungleich verteilt seien. Richtiger wäre die Feststellung, daß etwa seit der Renaissance keine essentielle Modifizierung von Körperlichkeit notwendig war, um das Subjekt soziabel zu erhalten.

## 5. Parallelen zwischen medizinischen und soziologischen Hypothesen

An methodenkritischen Verbesserungsvorschlägen fehlt es nicht (vgl.126). Wichtiger erscheinen jedoch die leider nur marginalen Bemerkungen über die Fragwürdigkeit, durch einzelne Grobvariable (Beruf,Einkommen,Bildung usw.) eine relevante Parzellierung der Gesellschaft zu erreichen.

"Unberücksichtigt bleiben damit Dimensionen sozialer Ungleichheit, die sich auf die Organisation politischer Herrschaft und den Gebrauch symbolischer Ressourcen beziehen." (126,S.18)

"Die soziale Substanz sozialer Ungleichheit (besteht) nicht in erster Linie in statistischen Verteilungen, sondern in sozialen Beziehungen der Ausschließung und Zugehörigkeit, der Über- und Unterordnung, die durch unterschiedliche Machtressourcen ökonomischer, physisch-rechtlicher und symbolischer Art erzwungen werden." (203,S.155ff.)

Auf die Ätiologie psychosomatischer Störungen bezogen heißt das: Welches sind die psychosomatischen Reaktionsmöglichkeiten und Einschränkungen, das Verhältnis zum Körper, um das Leben in der spätindustriellen Gesellschaft zu ermöglichen? Es gilt zu ermitteln,

"....welche Widersprüche im Produktionssystem welche Widersprüche im Organismus welcher Individuen erzeugen, und welche Individuen dank welcher Selbstimmunisierungs-

prozesse fähig sind, den pathogenen Einwirkungen der Gesellschaft zu entgehen oder gar aktive Widerstandarbeit zu leisten." (33)

Nötig wäre ein Konzept der Normalität; Sozialisation müßte auch in psychosomatischen Termini reformuliert werden.

Diesem Forderungskatalog, der soziohistorische und psychosomatische Betrachtungsweisen integriert, entspricht bisher keine soziologische Untersuchung. Stattdessen wird das 'medizinische Modell' angegriffen, und zwar unter folgenden Prämissen:

- a. Die Dichotomie von Soma und Psyche wird nicht nur als gegeben hingenommen, sondern geradezu als Basis festgeschrieben. Die 'Geisteskrankheiten' werden dem Geltungsbereich der Medizin abgesprochen und als psychosozial bedingte und erklärbare Störungen definiert.
- b. Meistens dient ein psychologisches Persönlichkeitsmodell, das in seiner Starrheit vom 'medizinischen Modell' nicht weit entfernt ist (214).
- c. Auf soziologischer Ebene wiederholt sich die Ähnlichkeit zum 'medizinischen Modell'.

"Pathogene gesellschaftliche Bedingungen werden gleichsam als 'soziale Noxen' begriffen. Damit wird, ähnlich wie im medizinischen Modell, eine mechanische Wirkungsweise pathogener Ursachen nahegelegt.

Denn die methodologischen Prämissen sind dieselben: ob ich organische oder soziale Noxen annehme, ich gehe in beiden Fällen davon aus, daß psychische Störungen durch diese Impulse unmittelbar verursacht sind, daß sie entsprechend in ihrem Wesen dann erforscht sind, wenn die relevanten und wesentlichen Ursachen gefunden sind. Allerdings sprechen alle empirischen Befunde gegen eine mechanische, d.h. unmittelbare und notwendige pathogene Wirkung der jeweils ermittelten Risikofaktoren." (106)

d. Soziale Phänomene werden als Normabweichung erfaßt.

Normalität wird nicht zum Thema.

Die Frage nach der Entstehung von Krankheit im ganzheitlichen psychosomatischen Sinne tritt in den Hintergrund; eine für Psychosomatosen verhängnisvolle Situation. Die Psychosomatosen sind nämlich ein 'empirisches Korrektiv' (36,S.15) nicht nur für die naturwissenschaftliche Medizin, sondern auch für Psychologie und Soziologie. Sie können nicht einfach unter die 'Geisteskrankheiten' eingereiht oder in ihren sozialstatistischen Attributen als 'Normabweichung' angesehen werden.

## 6. Psychosomatose und Psychosomatische Medizin

Als Psychosomatose soll keineswegs eine Gruppe von organischen Krankheiten bezeichnet werden, die in unterschiedlichem Ausmaß psychisch beeinflusst werden (vgl.9,10); denn es erscheint unvorstellbar, daß Krankheiten existie-

ren, auf die diese Definition nicht zutreffen könnte (178). Psychosomatose soll, ähnlich der Neurose, idealtypisch als Ergebnis einer bestimmten Psychodynamik, als eine mit einer spezifischen psychosomatischen Pathologie (79) erklärbare Störung dargestellt werden. Differentialdiagnostisch ausschlaggebend sind nicht Morphologie und Intensität der Organschädigung (142,236), ist vielmehr die Pathogenese.

Während die Psychosomatose durch Eingrenzung präzisiert werden kann, gewinnt die Psychosomatische Medizin nur durch Ausdehnung auf alle medizinische Bereiche. Ihr Generalthema ist der soziale Mensch als Patient und Arzt und wie sie miteinander umgehen.

# ZUR KLINISCHEN CHARAKTERISIERUNG PSYCHOSOMATISCHER STÖRUNGEN

## 1. Asthma bronchiale

### a. Epidemiologie

Die Differenzierung von spastischer bzw. asthmoider Bronchitis (dem 'wheezing' entsprechend) und Asthma bronchiale ist nicht einfach; oft fehlt ein entsprechender Hinweis in der Literatur (324,325). Deshalb ist zu bezweifeln, daß Asthma nach den Schul- und Verhaltensstörungen die häufigste Kinderkrankheit sei (264).

Asthma selbst erfüllt die Definition einer chronischen Krankheit nur teilweise; nicht alle Patienten bieten konstant einen typischen Befund, manche geraten nie in einen Status asthmaticus, andere erleiden fast ausschließlich schwere, statusähnliche Anfälle in unterschiedlichen Intervallen. Die saisonale Gebundenheit analog der allergischen Rhinitis kann ebensowenig wie die Existenz positiver Allergietests vorausgesetzt werden. Je nach Kombination der verschiedenen Kriterien variieren die ermittelten Häufigkeiten zwischen 6 und 71/1000 Kinder (109, 256).

Als gesichert kann angenommen werden, daß die Inzidenz des Asthma zunimmt (280,281,329); große Bedeutung als auslösendem Faktor kommt der zunehmenden Luftverschmutzung zu (143,315,329,334). Unberücksichtigt bleibt dabei die Bedeutung der Sozialstruktur in luftverschmutzten, d.h. hochindustrialisierten Gegenden.

Eine Asthma-Prävalenz zwischen 2 und 6% im Kindes- und Jugendalter ist am wahrscheinlichsten (8,111,125,215); höhere Werte (z.B.214) erklären sich aus einer entsprechend weiteren Fassung der Definition, während niedrigere Werte zum Teil auf unzureichende Datenerhebung zurückzuführen sind (schulmedizinische Untersuchungen u.ä.).

Die bekannte Häufung von Asthmatikern in der Oberschicht und eine höhere Intelligenz werden bestätigt (125,172, 257). Andere Sozialdaten geben keinen weiteren Aufschluß. Die höchste Inzidenz besteht während der ersten drei Lebensjahre (172,208): Bis zum 6.Lebensjahr sind 85% aller Asthmaleiden manifest.

#### b. Persönlichkeit und Familienstruktur

"Eine große Vielfalt von emotionalen Faktoren ist von verschiedenen Beobachtern erwähnt worden und sie umfassen nahezu jeden plötzlichen und starken emotionalen Reiz...." (4,S.97)

schreibt ALEXANDER und findet weite Zustimmung (32,S.233, 164,201,202,211,287,319).

Als konstante Grundstruktur erscheint jedoch immer eine exzessive und in sich widersprüchliche Symbiose zu Mutterfiguren mit Trennungssituationen bzw. Trennungsangst als entscheidendem Auslösefaktor.

Viele Asthmatiker können nicht weinen, unterdrücken es aus Angst vor mütterlichen Vorwürfen und Zurückweisung (35,S. 156). Der Umgang mit Gefühlen ist erschwert: Der Asthmatiker zeigt keine Gefühle, höchstens Affekte; es bestehen Angst vor Vitalität und Gefühlsverarmung. Erwähnung findet die prägenitale Fixierung auf oral-analer Ebene als Trias von Abhängigkeit, Oralität und Masochismus (vgl.36,332). DÜHRSEN (70) interpretiert häufige Querelen und Besitz in Asthmatikerfamilien als psychodynamische Analogie zwischen Asthma und Obstipation; signifikant häufiger sind Ordentlichkeit und Sauberkeit. Vermeiden ödipalen Rivalisierens deutet hin auf ein generelles Fehlen von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl.

"Das Ich fühlt sich bei seiner Realitätsbewältigung auf ein Hilfs-Ich, die Mutter angewiesen. In seinem Ich-Ideal hat sich...der Kranke mit den überschätzten Elternfiguren seiner Kindheit identifiziert, und die Erfahrung, ihnen doch nicht gleichen zu können führt zu einer herab-

setzenden Verurteilung durch sein Über-Ich." (32,S.233)

Ein strenges Über-Ich und ein archaisch-omnipotentes Ich der frühen Kindheit führen zu intrapsychischen Konflikten. Die unlösbare Ambivalenz zwischen ersehnter und gefürchteter Distanz, zwischen Anlehnungsbedürfnis und Aggression endet in wechselhaften, unsicheren und bedrückten Stimmungen, die bisweilen in eruptiven Impulshandlungen kurzzeitig eine Entlastung, aber auch Anlaß zu erneuten Vorwürfen und Minderwertigkeitsgefühlen bieten. Die Hauptkonfliktsphäre scheint im Bereich der aggressiven Impulse zu liegen. Häufig sind Bemerkungen über depressive Verstimmungen (7,32,36).

BASTIAANS faßt die charakterologischen Einzelbefunde früherer Arbeiten zusammen:

- a. Neigung zu Egozentrizität, gelegentlich Autismus;
- b. Neigung zu Ungeduld, zu reizbarem und impulsivem Charakter, oft gepaart mit gesteigertem Unlustgefühl;
- c. gesteigerte emotionale Empfindlichkeit, Verletzlichkeit mit herabgesetztem Adaptionsvermögen in Stresssituationen;
- d. Neigung zu trotzigem Widerstand;
- e. Neigung zu Dominieren und Tyrannisieren einerseits, zu Rückzug und masochistischer Unterwerfung andererseits;
- f. starkes Bedürfnis nach unbedingter Liebe, die gelegentlich aggressiv abgewehrt wird; damit verbunden ein Unvermögen, in erwachsener Weise selbst Liebe zu geben;
- g. starke Neigung zu Eifersucht und Unverträglichkeit;
- h. Unvermögen zu angepaßtem Regulieren und Entladen von

### Konflikten;

- i. gestörte psychosexuelle Entwicklung, Nachwirken von Fixierungen an prägenitale Entwicklungsperioden; (vgl.20)

Die meisten Studien beschäftigen sich mit der "asthmato-genen Mutter": selbst noch abhängig zeige sie nach außen eine nette Art und erwecke den Eindruck guter Anpassung. Auch hier erscheint die Aggression als Kernproblem: Over-protection als Reaktionsbildung gegen unbewußte Aggression, die versteckte Beherrschung eines oft nur passiv re-agierenden Mannes führen zu einer mütterlichen Dominanz aus Schwäche.

Die Stellung des Asthmikers in der Geschwisterreihe deutet auf eine geringere Betroffenheit von Erstgeborenen und Einzelkindern hin (32,172), die Väter üben häufiger gehobene Berufe aus (303), dagegen haben die Mütter eher unterdurchschnittlichen Ausbildungsstand, neigen zu depressiven Stimmungen und unterhalten zu ihren Müttern eine feste Beziehung (207). Für die Realisation von Asthma ist nicht nur ein Zusammentreffen allergischer und psychischer Faktoren notwendig, sondern auch die Existenz einer Konfliktebene zwischen den Eltern, die das asthmato-gene Milieu erst ermöglicht (5,18,43,227).

## 2. Anorexia nervosa

### a. Epidemiologie

Anorexia nervosa wird hier verstanden als 'primäre Anorexia nervosa', d.h. als eine Krankheitseinheit mit typischem Persönlichkeitsprofil (39,40,52) im Gegensatz zu 'atypischen' Formen, die Begleiterscheinungen sind im Rahmen anderer, psychischer wie körperlichen Störungen.

Die Möglichkeiten, eine Anorexie von anderen Krankheiten abzugrenzen, sind verschieden: Der somatisch orientierte Kliniker wird von Anorexie sprechen, wenn er für einen Gewichtsverlust keine organischen Ursachen findet (vgl.77). Auf diese Weise kommt sicher ein buntes Bild von Eßstörungen zusammen, die der BRUCHschen Forderung nach einem gemeinsamen Persönlichkeitsprofil nicht entsprechen.

FEIGHNER fordert folgende Kriterien:

- a. Krankheitsbeginn vor dem 25.Lebensjahr;
- b. Appetitstörung mit mindestens 25% Gewichtsverlust;
- c. gestörtes Verhalten zu Essen, Nahrung und Gewicht, das den Hunger übertrifft: fehlendes Krankheitsbewußtsein, Freude am Gewichtsverlust, extreme Dünnheit als Wunschideal, ungewöhnliches Behandeln und Lagern der Nahrung;
- d. keine körperlichen Krankheiten;
- e. keine psychiatrischen Krankheiten;
- f. mindestens zwei der folgenden Symptome: Amenorrhoe, Lanugo, Bradykardie, periodische Überaktivität, periodische Freßsucht, Erbrechen; (88)

Dieses Schema ist streng, eine Trennung in obligate und fakultative Symptome schwierig (288). Anzufügen wären noch Rumination, Obstipation, Abusus von Diuretika, Laxantien und Klistieren, Bauchbeschwerden.

Beim Versuch, parallele Muster für männliche und weibliche Anorektiker zu finden, untersuchten BEUMONT (26) und SMART (279) folgende Parameter: Alter, vorangehende Adipositas, Bauchschmerzen, anorektisches Verhalten (komplexes Handlungsmuster zur Gewichtsverminderung), Furcht vor Adipositas, zwanghafte Züge, Pubertätsverzögerung, Verlust der sexuellen Interessen, prämorbid Persönlichkeit. Dieses letztere schon mehr psychologisch orientierte Diagnose-schema wäre noch durch andere Persönlichkeits- und Familienstrukturen zu erweitern, um zu dem bei allen psychischen Störungen wünschenswerten Niveau einer positiven Psychodiagnostik zu gelangen.

Nach den bisher vorliegenden Arbeiten ist die Anorexie eine seltene Krankheit, die überwiegend bei jungen Frauen vorkommt. Das Verhältnis Frauen zu Männer variiert von 10:1 bis 30:1 (296,76); über ihre weltweite Verbreitung ist wenig bekannt. Angaben über Häufigkeit der Anorexie in der Gesamtbevölkerung sind immer zu ergänzen durch entsprechende Angaben in Bezug auf die jeweilige Altersgruppe. Trotz eines weiten Zeitraumes des potentiellen

Erkrankungsbeginns -die jüngste Patientin war vier Jahre alt, Neuerkrankungen nach dem 50.Lebensjahr werden beschrieben (282)- ist zwischen dem 15.und 25.Lebensjahr die höchste Inzidenz und der häufigste Therapiebeginn zu beobachten. Bei Untersuchungen an verschiedenen Schulen wurde eine Prävalenz von 4,6/1000 Kinder ermittelt, davon 1,7/1000 unter und 10,5/1000 über 15 Jahren (53). Die Zahlen der allgemeinen Inzidenz liegen je nach Untersuchungsmethode zwischen 0,37 und 1,6/100.000/Jahr, in Bezug auf die Bevölkerung zwischen 15 und 34 Jahren zwischen 0,8 und 10,8/100.000/Jahr (157). HALMI (123,124) findet in der Literatur jährliche Inzidenzraten von 0,24 bis 0,61/100.000. PFLANZ (233) rechnet mit Häufigkeiten von 15 bis 75/100.000 in der 'Risikopopulation' zwischen 15 und 25 Jahren. Die niedrige Inzidenz erlaubt kaum vergleichbare Studien an einer größeren Zahl von Patienten. Ausmaß und Qualität der medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, aber auch die Richtung des wissenschaftlichen und therapeutischen Interesses führen zu unterschiedlichen Selektionseffekten. So ist kaum schlüssig zu beweisen, ob die Anorexie in manchen Ländern überhaupt fehlt (233). Für die Existenz eines starken soziogenetischen Faktors sprechen vor allem drei Tatsachen: Die Häufigkeitszunahme der Anorexie in den letzten 20 Jahren, das Fehlen der Anorexie bei Negern und die zumindest tendenzielle Häufung der Anorexie in oberen sozialen Schichten. Es scheint, als ob die Anorexie

nur in solchen Gesellschaften bzw. Subkulturen entstehen kann, die einen Überfluß an Nahrungsmittel bieten (39, 55,157,219).

#### b. Persönlichkeit und Familienstruktur

In der Literatur herrscht Einigkeit, daß die Anorektiker von Geburt an zwei Gemeinsamkeiten zeigen: das Geburtsgewicht ist gut bis überdurchschnittlich und das Alter der Mutter ist überdurchschnittlich hoch. Über die weitere Entwicklung bis zur manifesten Abmagerung divergieren die Angaben in zwei Richtungen: Es handelt sich entweder um unauffällige, normale, erfolgreiche und ausgewogene Mädchen, die nie Schwierigkeiten bereiten (40); andererseits werden deutliche Persönlichkeitsveränderungen beschrieben (219). Auffällig ist weiterhin der überdurchschnittlich hohe Intelligenzquotient von Anorektikern und ihren Müttern (302). Häufig beschrieben wird Übergewicht unmittelbar vor Beginn der Erkrankung. Möglicherweise wird aber der 'Pubertätsspeck' überschätzt (40).

Am häufigsten zwischen 15 und 25 Jahren beginnt der beängstigende 'Kampf gegen die Kalorien'. Innerhalb kurzer Zeit gelingt es den Patienten, bis aufs Skelett abzumagern. Die Bedingungen für den Ausbruch der Krankheit scheinen unspezifisch; auch wenn die Bedeutung von Trennungserlebnissen betont wird (100), besteht oft kein ak-

tueller Zusammenhang zwischen einem besonderen emotionalen Erlebnis und dem Entschluß, an Gewicht zu verlieren, spaßhafte Hänseleien von Freundinnen, Lektüre über die Schäden der Freßsucht u.ä. werden als Grund angegeben.

Trotz deutlichen Untergewichts werden die Patienten von dem zentralen Gedanken beherrscht, sie seien zu dick und Essen sei schlecht. Ihr Denken wird vom '60-Pfund-Ideal' bestimmt (100). Das 'anorektische Verhalten' (25) prägt das Leben der Patienten und ihrer Familien. Jedes gemeinsame Essen wird, wenn es nicht überhaupt gemieden wird, zum Kampf; die geringe Nahrungsmenge muß auf rituelle Weise zubereitet und verspeist werden: Zerteilen in kleinste Bissen, Hin- und Herschieben auf dem Teller, Herumwälzen im Mund, Rumination. Fasten, Horten und Vernichten von Lebensmitteln oder willentliches Erbrechen wird verheimlicht. In widersprüchlicher Weise ist die Hypophagie oft gekoppelt mit hingebungsvoller Versorgung der restlichen Familie, die Anorektiker decken den Tisch, kochen, geben Kochen sogar als ihr einziges Hobby an.

Trotz offensichtlichem Kräfteschwund sind die Patienten roboterhaft überaktiv, drängen nach Arbeit und scheinen nie zu ermüden. Die Fastenperioden werden von Freßepisoden durchbrochen; dabei wird heißhungrig soviel Nahrung verschlungen, daß abdominelle Beschwerden auftreten müssen.

Die Widersprüche, die das gesamte Krankheitsbild bestimmen, werden bis ins Extrem durchgehalten - obwohl schon bettlägerig, trotz depressiver Grundstimmung verfolgen die Patienten mit wachen, lebhaft bewegten Augen ihre Umgebung.

Eine Vielzahl von anderen zwanghaften Charakterzügen wird berichtet: ständige Angst, etwas falsch zu machen, Perfektionismus, zwanghafte Zurückgezogenheit, Ordentlichkeit und Rigidität. Spätestens beim Therapieversuch fällt die Unzugänglichkeit auf, das Unvermögen bzw. die Unwilligkeit das pathologische Verhalten zu ändern.

Die Annahme einer wahnhaften Störung des Körperschemas liegt deshalb nahe (40). Belege dafür sind auch das Fehlen sexueller Gefühle und Funktionen, eine gestörte Kälte- und Wärmewahrnehmung, sowie eine generelle Abneigung gegen jedes körperliche Vergnügen. Diese Fixierung auf den eigenen Körper ist die letzte Stufe beim Kampf um die eigene Identität. Der Versuch, in den Augen der Umwelt perfekt zu erscheinen, erreicht in der Kontrolle somatischer Funktionen das letzte Stadium.

Nur 5% der Patienten heiraten, obwohl die weiblichen Anorektiker einen starken Kinderwunsch äußern und sich als ideale Mütter sehen (221). Entwicklung zu nicht befriedigend empfundener Homosexualität ist möglich (322).

Ein anderes Hauptmerkmal ist das intensive Gefühl der Erfolglosigkeit (41); aus Furcht, nichts Besonderes zu sein, wird als Maske eine undurchdringliche Gleichgültigkeit der eigenen Person und der Krankheit gegenüber aufgesetzt. Anorexie ist der falsche Kampf für eine unabhängige Identität.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Differenzierung der Anorektiker in eine Gruppe, die allein mit Diät ihre Gewichtsreduktion erreicht, und eine andere, die zusätzlich erbrechen oder Laxantien benutzen muß. Letztere ist 'normaler', während die 'Diätisten' ihre Selbstdestruktion mit geringerem Aufwand bewerkstelligen. Je leichter die Anorexie eintritt, desto falscher wäre demnach der Kampf für die eigene Identität, desto schwächer die eigenständige Persönlichkeit (26).

Wird die Amenorrhoe als *conditio sine qua non* der Diagnose aufgefaßt, gäbe es keinen männlichen Anorektiker. Es herrscht aber die Tendenz vor, eine einheitliche Kategorie 'Anorexia nervosa' beizubehalten, auch wenn dadurch manche nur auf Frauen zentrierte psychogenetische Hypothesen an Gewicht verlieren. Die seltenen Berichte über männliche Anorektiker sind wegen der kleinen Fallzahlen sehr unterschiedlich und lassen keine Verallgemeinerungen zu; die Symptome sind identisch (25,74,108,197,302). Die

Ansicht, die Anorexie verlaufe bei Männern allgemein schwerer und beginne früher, ist nicht unwidersprochen geblieben (51,302).

Die Familiensituation ist bei Anorexiepatienten abweichender als in der Asthmafamilie:

- a. depressive Zustände der Mutter während der ersten Lebensjahre der Patienten;
- b. eine ungut-enge Mutter-Großmutter-Beziehung, die Großmütter sind sehr beschäftigt mit Diät u.ä.;
- c. Wiederholung dieser Beziehungsstruktur zwischen Mutter und Tochter;
- d. die Mütter sind unfähig, mit ihrem Ärger umzugehen, sie sind aggressionsgehemmt;
- e. die Väter sind zwanghaft, rigid, gewalttätig und tüchtig im Beruf, sie dulden keine Aggression gegen sich; alle Väter wurden von Müttern aufgezogen, die über ihre Männer dominierten;
- f. von Sexualität wird nicht geredet;
- g. die Väter scheinen die Töchter mit ihren Müttern zu identifizieren und auf die Töchter die Feindschaft zu projizieren, die sie nie fähig waren, der Mutter entgegenzubringen (327);

Auch vor Krankheitsbeginn werden die Mahlzeiten oft schon in ritueller Manier abgehalten; die Mutter identifiziert das Kind mit sich selbst. Berichte über Mütter mit anorektischen Zügen sind bekannt, das Konzept der 'anorexia à deux' liegt nahe (275). Die Befunde von WOLD finden Unterstützung (78,322) und kontrastieren nur oberflächlich mit anderen Berichten, wonach die typische Familienkonstellation aus einer dominierenden Mutter und einem passiven Vater bestehe. Entscheidend ist die komplemen-

täre Pathologie der Eltern, eine Art flexible Rollenteilung je nach Dringlichkeit der oralen Problematik der Ehepartner (221,302). Die Liste von WOLD ist noch unvollständig; unharmonische Ehen mit Vermeidung offener Konflikte, eine eingeschränkte Eltern-Kind-Beziehung bei starker ambivalenter Abhängigkeit, Alkoholismus und Adipositas, also orale Defektsyndrome häufen sich in Anorexiiefamilien.

Die Mütter sind Karrierefrauen mit frustrierten Berufserwartungen (58) und zeigen im Rohrschach-Test eine starke orale Betonung bei fast völligem Fehlen analer und sadomasochistischer Züge. Um so mehr versuchen sie, das anorektische Kind totalitär zu bestimmen, von Gleichaltrigen zu isolieren, zur Bravheit zu erziehen und in eine masochistische Symbiose zu zwingen (78,108,302). Als zentrales Problem erscheint immer wieder die Individuation (194) von Eltern und Geschwistern.

Die Familie als Ganzes ist orientiert an Erfolg, Leistung und Äußerlichkeit. Auch beim Patienten ist das Leistungsstreben vorherrschend und geht dem Nicht-Essen eindeutig voraus. Jeder Elternteil versucht, die ihm sonst fehlende Zuneigung und Bestärkung vom Kind zu holen, das eingespannt in die unterschwelligen familiären Ansprüche perfekt alle Wünsche erfüllen will; es wird so zum Spie-

gel der Schwierigkeiten der Eltern, indem es versucht, ausgleichend zu wirken. Die Krankheit beginnt, wenn die Rolle des perfekten Kindes zu schwierig wird.

Die teilweise von BRUCH abweichende pathogenetische Hypothese von PALAZZOLI SELVINI (228) soll etwas ausführlicher dargestellt werden. Danach ist die Anorexie kein 'orales Syndrom' mit Abwehr oral-sadistischer Impulse, sondern ein gefühlskalter, ausdauernder und willentlicher Kampf gegen den Hunger. Die weibliche Anorektikerin "does not refuse but reduce food intake" (228). Die Abwehr richtet sich primär auf den als bedrohlich wachsend empfundenen Körper und erst infolgedessen auf die Nahrung. Der Anorektiker hat keine Beziehung zu seinem Körper, er ist ein Ding.

"Her fight against the body-thing is her fight against being a thing. A desperate fight, because paradoxically while refusing to be a thing, she fights her battle not at the level of spiritual values, but rather at a material level, that of the body." (228)

Ursache dieses Gefühls ist die Gleichsetzung des Körpers mit dem inkorporierten Objekt: der 'schlechten Seite' der Mutter. Der Körper besitzt alle bösen Eigenschaften des primären Objekts in der Situation der oralen Hilflosigkeit - mächtig, unzerstörbar, autark, wachsend und bedrohend. Es kommt nicht zur angemessenen Ausbildung oral-aggressiver Bedürfnisse und infolgedessen zu einer generali-

sierten Aggressionshemmung, da das Objekt unbewußt als übermächtig erlebt wird. In der akut prämorbidem Phase findet PALAZZOLI SELVINI (228) regelmäßig eine Reaktivierung der Gefühle oraler Hilflosigkeit.

Durch die permanente Inkorporation mißlingt die Trennung von der Mutter, durch die pubertäre Entwicklung zur Frau droht aber eine selbstzerstörerische Verschmelzung mit ihr. Zwei Mechanismen herrschen vor: Die permanente orale Inkorporation, die persistieren muß, um das schlechte Objekt in der Wiederbelebung zu kontrollieren und - als spätere Ich-Funktion - die Identifikation mit einem idealen, desexualisierten und fleischlosen Wunschbild, nachdem die libidinösen Teile des Ichs zusammen mit dem Objekt abgespalten und der bewußten Aggression zugänglich gemacht wurden. Jetzt erst ist es möglich, den eigenen Körper zu mißhandeln.

Phantasien von oraler Imprägation sind demnach kein primär verdrängter sexueller Wunsch, sondern ein nachträglich sexualisiertes Symbol für die weit primitivere Erfahrung der Überwältigung durch die Mutter.

Bei Vergleich einzelner Hypothesen (282) ist die Anorexie keine nosologische Entität, sondern ein 'Sammeltopf' unterschiedlich fixierter, phänomenologisch ähnlicher Persönlichkeitsstörungen. Der Typ mit präödipler Wunschfi-

xierung und Ichdefekten (40,228) ist die eine Form, die sich durch einen besonders schweren, parapsychotischen Verlauf auszeichnet (ähnlich den 'Borderline'-Fällen).

In einer zweiten Gruppe ist eher ein Triebkonflikt im klassischen Sinn zu beobachten: Was im deutschsprachigen Raum 'Pubertätsmagersucht' (200) heißt, stellt eine Form der Abwehr gegen genitale Wünsche dar durch Regression auf oral-aggressives Niveau verbunden mit kannibalistischen Phantasien, die als Bedrohung der Mutter empfunden und verdrängt werden müssen. In dieser Gruppe finden sich ödipale Vorgeschichten, passiver Widerstand und Provokation der Mutter (anstelle totaler Submissivität in der ersten Gruppe). Der letztere Typ verläuft eher akut und kurzzeitig ohne Gefahr der Chronifizierung; die psychischen Abwehrmechanismen sind Intellektualisierung, Askese und Reaktionsbildung. Nicht allein das Ausmaß der Problematik, sondern die Ausgestaltung durch Somatisierung bestimmt die Symptomatik.

### 3. Enuresis

#### a. Epidemiologie

Die Enuresis ist als pathologische Spätvariante physiologischer Entwicklungs- und Reifungsvorgänge anzusehen.

Gleichzeitig stellt sie eine soziale Normabweichung dar. Sie wird eingeteilt in primäre (E.persistens) und sekundäre Enuresis (E.acquisita), außerdem je nach Tageszeit des Auftretens in Enuresis diurna und nocturna; eine Kombination der beiden Formen ist möglich. Differentialdiagnostisch zu unterscheiden sind Inkontinenz, Ischuria paradoxa oder imperativer Harndrang.

Wegen der Möglichkeit eines fließenden Übergangs zwischen dem physiologischen und pathologischen Zustand muß eine Altersgrenze angesetzt werden, die zumindest für die Mehrheit einen kritischen Abschnitt markiert, gewöhnlich das vierte Lebensjahr (139).

Um das 6./7.Lebensjahr und in der Pubertät sind noch deutliche Häufigkeitsabnahmen zu beobachten, die durchschnittliche spontane Heilungsrate liegt bei ca.15% im Jahr (92).

Die epidemiologisch ermittelten Häufigkeiten schwanken zwischen 4,5 und 26% (152,153,298); die meisten Daten liegen zwischen 7 und 12%; der 26%-Wert stammt aus den Kinderhäusern der Kibbuzim und ist aus soziologischen Gründen nicht vergleichbar. In Kinderkliniken und kindertherapeutischen Spezialinstitutionen gehört die Enuresis zu den häufigsten Störungen mit körperlicher Symptomatik (265). Amerikanische Reihenuntersuchungen ergaben, daß fast 3% der Männer über 18 Jahren noch an Enuresis leiden.

Über die Geschlechterverteilung existieren verschiedene Angaben: ein Überwiegen von 2:1 bei den Knaben findet sich am häufigsten; große Studien (183,259) ergaben jedoch bis zum 7.Lebensjahr keinen Geschlechtsunterschied, erst im 11.Lebensjahr waren doppelt soviele Jungen wie Mädchen betroffen.

Die quasi 'physiologische Selbstverständlichkeit' macht die Enuresis zu einer häufigen und wahrscheinlich relativ unspezifischen Störung. Obgleich es Versuche gibt, eine Konflikt- oder Persönlichkeitsspezifität abzuleiten, neige ich dazu, die Enuresis zwar nicht als beliebiges Symptom, aber doch als Endweg verschiedener Ursachenkombinationen zu betrachten (141,314).

Versuche, organische Befunde in den Vordergrund zu stellen (vor allem urogenitale), gelingen nur in speziellen, d.h. urologischen Abteilungen, wohl infolge einer bestimmten Auslese. Sonst geben Statistiken über die Häufigkeit organischer Ursachen Zahlen zwischen 1 und 3% an (92,278, 296). LEMPP (182,183) fand, daß  $\frac{2}{3}$  aller Enuretiker EEG-Veränderungen,  $\frac{1}{3}$  sogar Krampfpotentiale hätten; die Zusammenhänge sind allerdings nicht näher analysiert. Beschrieben ist auch ein häufigeres Vorkommen allgemeiner Entwicklungshemmung, angezeigt durch spätes Laufen- und Sprechenlernen (173,296).

Schlafuntersuchungen bei Enuretikern ergeben eine ansteigende Frequenz und Intensität von Detrusor-Kontraktionen mit nachfolgender Miktion während der NON-REM-Phasen. Deshalb könne die Miktion nicht in kausale Beziehung zu auslösenden Träumen gebracht werden, die in der REM-Phase auftreten. Ähnlich dem Somnambulismus und Pavor nocturnus sei die Enuresis eine neurophysiologische Retardierung. Durch körperliche Reifung komme sie zur Spontanheilung, nur durch sekundäre psychische Komplikationen werde sie chronisch (82,328).

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Enuresis neben den psychischen auch körperliche Symptome zeigt, wobei die Wertigkeit somatischer Faktoren nicht exakt ermittelt ist.

#### b. Persönlichkeit und Familienstruktur

Mehr noch als Asthma und Anorexie bietet die Enuresis in epidemiologischen Studien ein einheitliches Bild: Gehäuftes Vorkommen in der Unterschicht, in großen Familien und bei Eltern mit Eheproblemen (64,70,75,83,173,296,297). Erst- und Einzelgeborene sind seltener betroffen; tendenziell häuft sich die Enuresis bei mittleren und späteren Kindern.

Der 'Manifestationsort' der Enuresis, das Genitale, gibt Anlaß, ausgehend vom Kastrationskomplex neurosentheore-

tische Erwägungen anzustellen. Es ist nicht abzustreiten, daß psychodynamische Abläufe dieser Art sich zwangsläufig bei der Enuresis einstellen; als vorläufige kausale Hypothese möchte ich aber die Ansicht von DÜHRSEN wiedergeben, die trotz ihrer Allgemeinheit eine bessere Ausgangsbasis bietet, ausgehend von den pathophysiologischen Veränderungen. Normalerweise wird auch im Schlaf Harndrang als Weckreiz wahrgenommen; beim Enuretiker besteht bei erhöhtem Blasentonus eine verminderte Fähigkeit, diesen Weckreiz zu empfinden (trotz gesteigerter Perzeptionsfähigkeit in der NON-REM-Phase!) und die Miktion bewußt zu vollziehen.

"Die Beobachtung der Enuretikerkinder lehrt uns tatsächlich, daß in ihrer psychischen Verfassung Reaktionsweisen existieren, die sich hier gut einordnen lassen. Enuretikerkinder sind außerordentlich oft dadurch gekennzeichnet, daß sie sich in einem Dauerzustand gespannter und leicht beunruhigter Leistungsbereitschaft befinden und daß sie dieser Leistungsbereitschaft dauernde Abwehrimpulse entgegenzusetzen. Das ängstliche, selbstunsichere, leistungsbemühte Enuretikerkind und der ausgesprochen phlegmatische Enuretiker stellen die beiden Typen dar, die den dauernd und immer vorhandenen Erlebniszwiespalt durch die Verschiebung nach der einen oder anderen Richtung zu lösen versuchen." (70,S.298)

Es ist leicht vorzustellen, daß die Disposition zur Leistungshemmung in unteren Sozialschichten verstärkt auftritt.

#### 4. Obstipation

##### a. Epidemiologie

"Die psychosomatische Literatur über chronische Obstipation im Kindesalter ist relativ selten"(318),

das Vorkommen dieser bei Kindern differentialdiagnostisch bisweilen schwierigen Störung offenbar auch (267, 299). Die Häufigkeit beträgt bis zu 2.4% (132, 133). Häufiger jedenfalls ist die Störung im höheren Alter, etwa die Hälfte aller Menschen über 50 Jahre nimmt Laxantien (24, 65). Untersuchungen über die Symptomkonstanz, ob also Erwachsene, die als Kinder obstipiert waren, auch später an chronischer Obstipation leiden, konnte ich nicht finden.

##### b. Persönlichkeit und Familienstruktur

Festlegungen auf eine rein psychische oder erbgenetische Pathogenese werden nur selten vollzogen. Ohne die Pathogenese zu erhellen, wird die Obstipation als "phasenspezifischer passagerer Störfaktor" (318) oder als "schlechte Gewohnheit" (296) apostrophiert. Psychoanalytische Beschreibungen sind präziser (118, 151), möglicherweise infolge einer besonderen Selektion; vielleicht bleiben aber nach Ausschaltung aller akzidentellen Ursachen keine anderen Fälle zur Beobachtung.

Ausgangspunkt derartiger Überlegungen ist die FREUDsche Beschreibung des analen Charakters mit der Trias Eigen-

sinn, Ordnungsliebe und Sparsamkeit (98/VII, S.203-209). DÜHRSEN (70), die außer der Obstipation noch Asthma und Anorexie zu den exquisit retentiven Störungen zählt, betont die Verbindung zur Oralität und findet bei Obstipierten eine orale Gehemmtheit, die infolge der eingeschränkten Fähigkeit, Neues und neue Menschen kennenzulernen, vermehrt Verlustängste entwickeln, um das, was sie besitzen, nicht noch zu verlieren. Geben bringt sie in die Gefahr der Selbstaufgabe; etwas anzunehmen provoziert die phantasierte, frühkindlich erfahrene Gefahr, alles doppelt und dreifach zurückzahlen zu müssen. Es besteht also ein starker Zwiespalt zwischen Geben und Nehmen, der in Durchbruchshandlungen, ähnlich den Massenstuhlentleerungen, zu übermäßigem Verschenken führen kann.

Obstipation ist das Körperkorrelat des Durchhaltens. Der innere Monolog eines Obstipierten könnte lauten:

"Ich kann von niemandem etwas erwarten und brauche daher auch niemandem etwas zu geben. Ich muß mich daran halten, was ich habe." (4, S.93)

Aufgrund der oralen Gehemmtheit entsteht das projizierte Gefühl der Zurückgewiesenheit, des Mißtrauens und der Geringschätzung der menschlichen Mitwelt. Der Rückzug von der Kommunikation gehört zum typischen Bild der "parasymphatischen Regression" (4). Folgt man dieser Anschauung, wird der "sympathische Rückzug" (4) nie zu Ende geführt,

er sistiert in der Bereitschaftsstellung (z.B. Hypertonie, Herzbeschwerden, Diabetes, Arthritis, Thyreotoxikose, Kopfschmerzen), aber

"bei denjenigen Störungen, die sich bei parasympathischem Überwiegen entwickeln (d.h. vor allem bei Störungen des Gastrointestinaltraktes) sehen wir einen vollständigeren Rückzug vor der Lösung unserer Probleme." (4, S.41)

Eine entsprechende Beschreibung gibt SCHWIDDER:

- "1. Obstipation als körperliches Korrelat eines Protestes, verbunden mit dem Versuch festzuhalten, an sich zu binden, um zu beherrschen;
2. als Korrelat einer unbewußten Angst sich zu verausgaben, Verlust zu erleiden bei manifesten Verpflichtungsgefühlen;
3. als Körperkorrelat einer Abwehrreaktion gegen zu große Verausgabungstendenzen;
4. als Ausdruck eines schuldhaften Erlebens der Stuhlfunktion, bewußt als Ekel und Angst vor Schmutz erlebt, unbewußt als **Angst** vor eigenen als schmutzig erlebten Regungen vor allem sexueller und aggressiver Art." (272, 331)

Eine neuere Arbeit umfaßt das weite Spektrum Obstipation, psychogenes Megakolon und Enkopresis (224): Von 28 Kindern unter 7 Jahren (mit einem deutlichen Jungenüberschuß von 3.7 : 1) waren 19 Erstgeborene; der Erziehungsstil war streng bis brutal bzw. inkonsequent. Besonders während des Sauberkeitstrainings wurden verschiedene Traumen beobachtet: Depressivität der Mutter, Trennung von der Mutter, Geburt bzw. Adoption neuer Geschwister, Ehekonflikte und Gastroenteritis. Die mütterliche Persönlichkeit war zwanghaft, depressiv oder unreif.

"The central problem concerns the problem of identification, the manner by which the child incorporates from the mother awareness of the physiological cues that inform him which stage of the defecatory act he has reached."  
(224)

Die Bedeutung der frühkindlichen Identifikation mit der Mutter unterstreicht auch GLENN (107), der auf die frühe Übernahme wichtiger Über-Ich-Vorläufer verweist.

## 5. Tic

Die verschiedene Ausprägung von Tics bis zum Gilles de la Tourette-Syndrom macht Definition und Bewertung unsicher. Über diffus-multikausale Ätiologie-Hypothesen und unzureichend adaptierte konventionelle Konzepte hinaus ist bisher kein Fortschritt im Verstehen dieser Störung zu erkennen.

Die Frage, ob einfache Tics Vorstufen des Tourette-Syndroms sind, folglich eine gemeinsame Kategorie "Tic-Krankheit" existiert, ist nach wie vor offen. Eine gewisse Eigenständigkeit des Tourette-Syndroms ist jedoch unbestritten (12). Phänomenologisch gibt es alle Intensitäten vom leichten Blinzeln bis zur cranio-caudalen Ausbreitung auf den gesamten Körper; am häufigsten sind Tics im Kopf-Gesichtsbereich (296).

Alle Tics zeichnen sich dadurch aus, daß sie im Schlaf sistieren und willkürlich teilweise zu unterdrücken sind. Als "Kinderkrankheit" haben sie einen Erkrankungsgipfel zwischen dem 8. und 10. Lebensjahr (248); die Prognose ist gut und hängt nicht vom Erkrankungsalter, sondern von der zunehmenden Zahl der Symptome ab. Meist verschwinden Tics, bleiben höchstens bei verminderter Intensität und Häufigkeit bestehen oder hinterlassen andere psychische Auffälligkeiten (296).

Schon in der Kindheit fällt der "Tiqueur" auf durch andere Verhaltensstörungen (Fingerlutschen, Angstzustände, Schreib- und Leseschwächen etc.). In der Familie findet man vor allem beim Tourette-Syndrom eine Häufung psychomotorischer, neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen. Kinder mit Tourette-Syndrom leiden nicht an zahlreicheren, sondern an schwereren Symptomen und haben eine etwas schlechtere Prognose (12, 48). Die Befunde über Intelligenz und EEG sind widersprüchlich. Bei umfangreichen Studien werden kaum Normabweichungen gefunden.

Die ätiologischen Hypothesen umfassen ein weites Feld: Tics als anale oder sexuell-aggressive Störungen, Tics als Onanie-Äquivalent, Bewegungseinschränkung in der Kindheit, eine überfordernde Erziehung mit Wechsel von Angst und Rigidität, Gewöhnung (Blinzeltic nach Konjunktivitis), Imitation (Veitstanzepidemien im Mittelalter), lern-

theoretische Hypothesen, frühkindlicher Hirnschaden, Störung der Interaktion zwischen exzitatorischen und inhibitorischen Stammganglien, lokalisierte neurologische Läsionen, Epilepsie-Äquivalente, Enzephalitis-Folgen (306).

Diese Vermutungen geben bereits Hinweise auf die manchmal schwierige Differentialdiagnose: Zwangsphänomene, Tremor, Epilepsie, habituelle Manipulationen oder Stereotypen, athetotische und choreiforme Störungen, nicht-epileptische Myoklonien sind abzugrenzen.

Therapeutisch ist Butyrophenon anfangs anderen Methoden überlegen; nach Langzeitstudien gleichen sich die Erfolge aller Behandlungsverfahren an (248).

Eine Schichtuntersuchung liegt nur im Sinne von behandelter Prävalenz aus einer Universitäts-Poliklinik vor: Mittlere Schichten und Erstgeborene waren häufiger betroffen (248). Alle Ticformen kommen bei Jungen zwei- bis dreimal häufiger vor als bei Mädchen.

## 6. Zusammenfassung

Vergleicht man die oben beschriebenen Krankheitsbilder mit klassischen Neurosen (z.B. Hysterie, Impotenz) oder auch mit Psychosen, wird deutlich, daß das Kriterium der somatischen Symptomatik allein nicht ausreicht, eine Störung als psychosomatische zu bezeichnen. Die psychogenetischen Besonderheiten der Psychosomatosen müssen erst ausgewiesen werden (s. "Zur Theorie der Psychosomatogenese").

Aber auch innerhalb der hier als Psychosomatosen besprochenen Störungen sind Unterschiede nicht zu übersehen:

Obstipation ist theoretisch kaum bearbeitet, ob Obstipation als Psychosomatose im engeren Sinne bezeichnet werden kann, bleibt unklar (s. "Eigene Untersuchung"). Möglicherweise ist die Altersspezifität bisher noch nicht genügend berücksichtigt. Enuresis kann, anders als Asthma und Anorexie nicht als typischer Vertreter einer frühen Ich- Störung angesehen werden. Eher treffen die Merkmale der Verwahrlosungsstruktur zu (232, S.116). Unter Verwahrlosung wird - im Gegensatz zu relativ abgegrenzten Begriffen wie 'Zwangsneurose' oder 'Depression' - eine komplexe, psychogenetisch uneinheitliche Symptomkonstellation bezeichnet, die vor allem in unteren sozialen Schichten auftritt.

## ZUR THEORIE DER PSYCHOSOMATOGENESE

### 1. Verständigungsprobleme in der Psychoanalyse

Die klinische Schilderung bedarf einer theoretischen Ergänzung, die Überlegungen bewegen sich im Rahmen der Psychoanalyse. Die Frage, was eine Psychosomatose sei, wird Richtschnur sein, ob und wie sich Psychosomatosen von Neurosen und Psychosen abheben, wird nur am Rande berührt. Neurose und Psychose sind derart problematische Kategorien, daß für die Theorie der Psychosomatose weder Vergleich noch Abgrenzung hilfreich sind. Vorläufig soll nur festgehalten werden, daß über die prägenitale Struktur der Psychosomatosen weitgehend Einigkeit herrscht. Sonst ist nur wenig Übereinstimmung zu erkennen. Verschiedene, historisch begründete psychoanalytische Begriffssysteme bestehen neben- und miteinander: Auf die triebpsychologische Phase, die Theorie des Unbewußten (Triebdeutung, Verdrängung) folgt die Phase der Ich-Psychologie auf der Grundlage des Strukturmodells von Es, Ich und Über-Ich (Abwehrdeutungen, Widerstand, Reaktionsbildung, Gegenbesetzung), die metapsychologische Finalisierung in Eros und Thanatos und schließlich die Narzißmusdiskussion (Selbst-Theorie, Identität, nichtdeutende Therapie-techniken). Lebensgeschichtlich entspricht diese Entwicklung einem Zurückverfolgen der Ontogenese bis in die früheste Zeit der Mutter-Kind-Dyade (166). In allen Phasen wurden

Begriffe gebildet, ausgeschlossen, eingegrenzt und ausgeweitet, ohne sie gegeneinander abzusetzen oder sinnvoll zu vereinigen. FREUD (98) ging in seinem vielfältigen Schaffen gleichsam mit schlechtem Beispiel voran, auch und gerade mit einem Zentralbegriff der Psychosomatik, der Konversion.

## 2. Konversion bei Hysterie und Psychosomatose

Die erste Definition lautete:

"Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen Konversion vorschlagen möchte." (98/I,S.63)

Im gleichen Sinn bezeichnete FREUD die Konversion als "Umsetzung psychischer Erregung in körperliche Dauersymptome" (98/I,S.142). Nicht viel später schreibt er: "Die hysterische Art der Abwehr...besteht nun in der Konversion..." (98/I,S.181).

Aus dem relativ unspezifischen Vorgang der Erregungsableitung wurde ein Abwehrvorgang. Weder bei Sigmund noch bei Anna FREUD wird aber die Beurteilung der Konversion als Abwehrmechanismus beibehalten. Anna FREUD benennt

"...Verdrängung, Regression, Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen, Projektion, Introjektion, Wendung gegen

die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil...Sublimierung oder die Verschiebung des Triebziels" (97,S.36)

explizit als Abwehrmechanismen. Konversion wäre demnach ein Komplex mehrerer Abwehrmechanismen, "ein Prozeß in Richtung auf eine Symptombildung" (246).

Von dieser Begriffsklärung unberührt blieb die automatische Assoziation der Konversion mit Hysterie; die Deklaration als hysteriespezifischer Vorgang hat wichtige Implikationen:

- a. Hysterie ist eine Neurose der phallischen Phase, Konversion ein neurotogener Prozeß.
- b. Das Ergebnis der Konversion ist ein Symptom. Ein neurotisches Symptom ist verstehbar, die Hysterie spricht Körpersprache, das Symptom ist Symbol.
- c. Konversion ist, wenn kein reiner Abwehrmechanismus, so doch geeignet, psychische Erregung zu mildern durch Produktion von Körpersymptomen. Dieser Verdrängungsvorgang entspringt einer konflikthaften Situation, deren Grundmodell der Ödipuskomplex ist.
- d. Das Symptom entsteht durch Regression auf ein dem Zeitraum der frühkindlichen Schädigung entsprechendes Niveau psychischer Verarbeitungsfähigkeit.

Trotz der prägenitalen Struktur spielt der neurosentheoretische und hysteriespezifische Konversionsbegriff eine zentrale Rolle in den Erklärungsversuchen der Psychosomatik. Gerade in epidemiologischen Untersuchungen werden psychosomatische Störungen als Untergruppe der Neurosen aufgeführt.

So entstand die Interpretation des Asthma als "Schrei nach der Mutter", der Colitis als Versuch "auf seine Feinde zu schießen", der Kotsäule des Obstipierten als "heimlich erigiertem Phallus" oder der Anorexie als "Verweigerung der passiv verstandenen weiblichen Sexualität".

Ob Körpersprache (DEUTSCH) oder Organdialekt (ADLER), Ziel war immer eine symbolhafte Spezifik auf der Basis von Persönlichkeitprofil (DUNBAR) oder Konflikttypen (ALEXANDER).

Aber die Diskussion blieb nicht psychologisch. Der "...Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation..." (98/VII, S.382) wurde als psychologisches Pendant des Leib-Seele-Problems entdeckt. Der Tendenz, diesen rätselhaften Sprung zum Inhalt der Konversion zu erklären, entspringen viele Beiträge, die den Übergang vom Psychischen ins Somatische zu fassen versuchen. Zwar lassen Äußerungen FREUDs über den Transfer von Erregungssummen tatsächlich eine dualistische Konzeption vermuten, die erst noch zu überwinden sei. An anderer Stelle heißt es aber:

"Die hysterischen Symptome sind nichts anderes als die durch 'Konversion' zur Darstellung gebrachten unbewußten Phantasien, und insofern es somatische Symptome sind, werden sie häufig genug aus dem Kreise der nämlichen Sexualempfindungen und motorischen Innervationen entnommen, welche ursprünglich die damals noch unbewußte Phantasie begleitet hatten" (98/VII, S.194)

und

"Ein gewisser Anteil unserer seelischen Erregung wird ohnedies normalerweise auf die Wege der körperlichen Innervation geleitet und ergibt das, was wir als 'Ausdruck der Gemütsbewegungen' kennen. Die hysterische Konversion übertreibt

nun diesen Anteil des Ablaufes eines mit Affekt besetzten seelischen Vorganges...(98/VIII,S.14).

Der Sprung ist also nicht das vorrangige Problem. Somatische Äußerungen seelisch-geistiger Intentionen manifestieren sich bei jedem Handgriff.

"Klinisch gesehen liegt die Rätselhaftigkeit der Konversion also in der ungenügenden Kenntnis der pathogenetischen Bedingungen" (307).

Das Problem hat sich also auf die Frage verschoben, warum bei Hysterie und psychosomatischen Störungen die Symptome nicht auf die psychische Ebene beschränkt bleiben.

Zunehmendes Lösen der festen Kopplung von Hysterie und Konversion (33,S.103ff.,81,167,174,239,246) bis zum Umformen der Konversion in ein psychophysisches Grundprinzip (DEUTSCH) kann das Problem allein nicht lösen.

Den ersten Schritt in dieser Richtung hatte FENICHEL bereits im Jahre 1931 getan: Mit Einführen der "prägenitalen Konversion" wurde die starre Verbindung zur Hysterie gelöst. Unter den von ihm noch so bezeichneten "prägenitalen Konversionsneurosen" wollte er

"Neurosen verstehen, deren Symptome zwar wie die konversionshysterischen einen Konflikt zwischen infantilen, auf das Objekt gerichteten Sexualwünschen und gegen diese gerichteten Abwehrtendenzen ausdrücken; aber im Gegensatz zur Konversionshysterie sind die auf das Objekt gerichteten Wünsche prägenital, - anal- oder oral-sadistisch - und zielen auf die Ein-

verleibung des Objektes; auch scheint die ganze Neurose narzistischer unterbaut als die Hysterie...Erhöhung der Ambivalenz und der Bisexualität, die Sexualisierung des Denkens und Redens, die partielle Regression zum magisch-animistischen Denken...man muß die Frage offen lassen, ob nicht eine Entwicklungsstörung vorliegt, die den Patienten primär prägenital fixierte..." (89,S.153/4).

Hier ist die Sonderstellung der Psychosomatosen thesenhaft umrissen. Aber die Ausweitung des eher pragmatischen als theoretischen Etiketts 'Konversion' ist nur Nomenklatur. Die Klärung der Frage, ob die Somatisierung bei Psychosomatosen mit dem Konversionsbegriff erklärt werden kann, bleibt Stückwerk, solange nicht das psychodynamische Bedingungsgefüge präzisiert ist.

### 3. ALEXANDER und MITSCHERLICH. Der autonome Körper

ALEXANDER beharrte auf einer strikten Trennung von Hysterie und 'vegetativer Neurose':

"Wir können jetzt den Unterschied zwischen Konversionssymptomen und vegetativer Neurose definieren. Ein Konversionssymptom ist ein symbolischer Ausdruck eines emotional geladenen psychologischen Inhalts: Es ist ein Versuch, die emotionale Spannung zu entladen. Es spielt sich daher in den willkürlichen neuromuskulären oder den sensorisch-perzeptiven Systemen ab, deren primäre Funktion es ist, Spannungen auszudrücken und abzuführen. Eine vegetative Neurose bedeutet nicht einen Versuch, eine Emotion zum Ausdruck zu bringen, sondern ist die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende periodisch wiederkehrende emotionale Zustände. Eine Blutdruckerhöhung zum Beispiel unter dem Einfluß von Wut führt den Affekt nicht ab, sondern ist eine physiologische Komponente des Gesamtphänomens...Die einzige Ähnlichkeit zwischen hysterischen Konversionssymptomen und vegetativen Reaktionen auf Emotionen besteht in der Tatsache, daß beides Re-

aktionen auf psychologische Reize sind. Sie sind jedoch in ihrer Psychodynamik und ihrer Physiologie etwas grundsätzlich Verschiedenes" (4,S.22/3)

Grundmuster der vegetativen Neurose ist die Unterdrückung von Triebbedürfnissen, gekoppelt mit einer Stimulierung oder Minderung physiologischer Prozesse, die belastet werden bis zur Schädigung des körperlichen Substrats. Die Streß-Theorie von CANNON (4,S.36ff.,S.45) ist ausdrückliches Vorbild.

ALEXANDER und seine Mitarbeiter haben nun CANNONS Konzepte in folgender Weise erweitert und angewandt: Sie teilten die emotional bedingten Störungen vegetativer Funktionen in zwei Hauptgruppen ein, die zwei emotionalen Grundhaltungen (basic emotional attitudes) entsprechen sollen, nämlich einerseits Bereitstellung zum Kampf oder Flucht, andererseits Rückzug von aller nach außen gerichteten Aktivität. Eine Hemmung oder Verdrängung aggressiver Selbstbehauptungstendenzen führt nach ALEXANDER zu einer Dauerbereitstellung mit anhaltender Sympathikus-Erregung, da der sog.konsunatorische Akt - in diesem Falle die Kampf-oder Fluchtreaktion - nicht zustande kommen kann. Als typisches Beispiel für diesen Mechanismus werden Patienten mit essentieller Hypertension angeführt; ähnliche Mechanismen wurden auch für verschiedene andere Krankheitsbilder angenommen, z.B. rheumatoide Arthritis, Migräne, Urticaria etc.. Auf der anderen Seite vermutet man, daß Rückzugstendenzen im Sinne verstärkter Abhängigkeit und intensiver, aber verdrängter Anklammerungs- und Hilfsbedürf-

nisse mit einer chronischen Erregung des parasympathischen Nervensystems einhergehen, wodurch dann u.a. peptische Ulcera entstehen könnten. (268)

Wie zwei Seiten einer Medaille, die, fest verbunden, nie zusammenkommen, ist hier die psychophysische Einheit hergestellt und gleich wieder aufgegeben. Das Subjekt ist zum Verwalter seiner im fremden und zufälligen Biologie geworden. Interaktion und Sozialisation treffen auf mehr oder weniger störbare Regelkreise; Normen für körperliche Gesundheit und Krankheit setzt allemal die Physiologie. Das Individuum hat seine Konflikte, die Organe entscheiden darüber.

Anders als bei ALEXANDER ist der Organdefekt für MITSCHERLICH nicht die pathologische Fortsetzung menschlicher Existenz, sondern deren Auflösung. Die Existenz erhält bei ihm durch den polaren Monismus des 'psychosomatischen Simultangeschehens' (216/I,S.15) eine einheitliche Grundlage, die sich aber zugunsten einer somatischen Läsion völlig auflöst. Der Defekt ist die materialisierte Trennung des lädierten Organs vom Organismus. Der Organdefekt markiert also die

"...Zerreißung des psychosomatischen Simultangeschehens. Damit entrückt sich dieses Geschehen der normalen biologischen Unruhe, dient nur noch biologischen Selbsterhaltungsprozessen, die partikulär sind und einzig dem einzelnen Organ oder Organ-system, nicht mehr dem übergeordneten Organismus nützen" (216/II,S.59).

"Um der Genauigkeit willen sei noch einmal betont, daß von psychosomatischen Krankheiten nur dort gesprochen werden kann,

wo die Krankheit die psychosomatische Einheit zwar belastet, aber noch nicht zum Zerreißen gebracht hat" (216/II, S.72).

Es ergibt sich eine Reihe: Gesundheit - Psychosomatose - chronischer Organdefekt. Die Stufe von der Psychosomatose zum chronischen Organdefekt überwindet ein zweiter Abwehrschritt. Die von MITSCHERLICH dafür entworfene 'zweiphasige Abwehr' dient also nur dem letzten Schritt und ist kein psychosomato-gener Prozeß im engeren Sinne, wie in der Literatur oft behauptet.

Eine Erklärung der Psychosomatose gibt MITSCHERLICH auf relativ herkömmliche Weise:

"Die Komplexität der Vorgeschichte einer psychosomatischen Symptombildung verlangt eine angemessenere Berücksichtigung, als sie mit einer naiven Biographik, einer Phänomenologie der Situationsreihen zu leisten ist. Ohne Kenntnis der Psychodynamik und der individuellen Varianten, insbesondere der infantilen Triebentwicklung, ohne ausreichende Kenntnis der Abwehrvorgänge im Ich und seiner integrativen Kraft können wir uns nicht der entscheidenden Frage der psychosomatischen Forschung stellen: Welcher Art ist die spezifische Konfliktsituation im gegebenen Fall, und wie verhält sie sich zu den Konfliktsituationen, die wir bei Kranken mit gleichem Symptom beobachtet haben?" (216/II, S.67/8)

Zu diesen noch näher zu beschreibenden Ich-psychologisch betonten Trieb- und Abwehrvorgängen treten als Bahnung zum körperlichen Symptom die FREUDschen Theoreme des 'somatischen Entgegenkommens' und der 'Ergänzungsreihe'. Sie vermögen die Problematik aber nicht zu erhellen.

Ist auch der Schritt Gesundheit - Psychosomatose als Neurotisierung ausgewiesen, wird dadurch die 'zweiphasige Abwehr' keineswegs klarer. Der Vorgang kann nur bei großzügiger Auslegung als Abwehr definiert werden (vgl.246); weiter ist schwer vorstellbar, bestimmte Körperteile völlig aus der subjektiven Gesamtheit wegzudenken. Ein Symptomenwechsel, wie er auch bei Psychosomaten vorkommt, wäre schwer zu erklären. Wie schließlich ein bereits neurotisiertes Ich die Konfliktlösung durch Somatisierung bewerkstelligen soll, ist nicht näher ausgeführt.

#### 4. Alexithymie, ein neuer Theoriestudium

Wurde bei ALEXANDER und MITSCHERLICH noch das Bemühen deutlich, die Somatisierung als integriertes und wesentliches Moment der Theorie zu berücksichtigen, ist sie bei anderen Autoren potentielle Komplikation, lediglich Zusatz.

Gerade auch das Lokalisieren der Psychosomatogenese ins 'Körper-Ich', die Annahme ihrer Abhängigkeit von der Funktionsfähigkeit der 'Ich-Grenzen' (vgl.87,91,262) erfaßt nur die psychische Repräsentanz. Die 'körperliche Subjektivität' (22) bleibt unbestimmt.

Als extremes Beispiel für eine Ich-psychologische Verzerrung sei AMMON zitiert:

"In diesem Sinne verstehe ich das psychosomatische Symptom als selbstzerstörerischen Versuch, ein beim Aufbau der Ich-Grenze entstandenes narzistisches Defizit auszufüllen und zu kompensieren und auf diese Weise die Integration der Person zu erhalten. Ich habe dieses strukturelle narzistische Defizit im Sinne eines Defektes in der Ich-Abgrenzung an anderer Stelle als 'Loch im Ich' beschrieben und deutlich zu machen versucht, daß ein solches Loch im Ich im Sinne eines mehr oder weniger generalisierten strukturellen narzistischen Defizits nicht allein die strukturelle Basis der psychosomatischen Erkrankungen bildet, sondern auch für die Genese und die Dynamik der psychotischen Erkrankungen des schizophrenen und des manisch-depressiven Formenkreises, für die Dynamik der sogenannten Borderline-Syndrome - d.h. Mischformen aus dem weiten Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose - und für die Dynamik der sexuellen Perversionen verantwortlich ist. All diese Krankheitsformen, die ich als Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten verstehe, gehen meines Erachtens zu rück auf eine in der frühesten Kindheit erworbene direkte Schädigung der Ich-Entwicklung, die dazu geführt hat, daß es in der Ausbildung der Ich-Grenze zu strukturellen Defekten gekommen ist und daß zentrale Ich-Funktionen eine pathologische Deformation erhalten haben." (6, S.84f.)

Weniger einseitig, aber ebenso rein psychisch ist die Ansicht von ENGEL und SCHMALE (91,262), die den Beginn beliebiger körperlicher Krankheiten gekoppelt fanden mit Phasen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. SCHUR postuliert eine der Ich-Entwicklung analoge Desomatisierung, die entsprechend dem Ausmaß der Regression wieder aufgehoben werden kann (268). MARTY (198) benennt die psychosomatische Mutter-Kind-Beziehung als 'allergische Objektbeziehung', MARTY und D'UZAN (199) beschreiben ein 'operatives Denken' bei Psychosomatikern. Einige dieser Thesen wurden im deutschsprachigen Raum durch die Debatte um die sog. 'Alexithymie' aktualisiert (68,217,266, 277,332). Dieses Konzept gewinnt zur Zeit die wohl größte Prägnanz und bedeutet allgemein die Unfähigkeit, Gefühle zu verbalisieren. Im Gegensatz zu neurotischen zeigen psychoso-

## somatische Patienten

- "a. einen auffallenden Mangel an Phantasie,
- b. ein typisch konkretistisch-technisches Denken,
- c. eine ausgesprochene Unfähigkeit, Gefühle auszudrücken oder gar zu erleben,
- d. einen bestimmten Typus von Objektbeziehungen ('projektive Reduplikation') und
- e. ein hohes Maß an sozialer Angepaßtheit" (244)

Nicht Verdrängung, sondern generelle Verleugnung als Folge einer Ich-Schwäche auf der Basis von prägenitaler Reifungsstörung unterscheiden Neurosen (68). Testpsychologische Untersuchungen stützen die relativ einheitliche und abgegrenzte Charakteristik der Psychosomatiker (29,31,44,205,226,244,298,332). Nach einer umfangreichen Literaturübersicht resümiert ZEPF:

"Im Urteil der verschiedenen Autoren ist ihre (d.i.: die Psychosomatiker) Affektivität bzw. Emotionalität nicht differenziert, ihr Selbstwertgefühl wird vorwiegend als brüchig und labil, teilweise auch als kompensatorisch überhöht geschildert. Aggressive Äußerungen scheinen zum größten Teil gehemmt oder ebenfalls nur in indifferenzierter Form möglich" (332,S.41).

Das Alexythymiekonzept beeindruckt durch eine Fülle bisher noch unberücksichtigter klinischer Daten. Ausgangspunkt war weniger der Versuch, die Psychosomatosen mit einem neuen theoretischen Entwurf zu erklären, sondern direkte, beobachtbare Interaktionsformen und deren intrapsychische Entsprechung aufzuzeigen. Auch wenn die Methode der Datengewinnung kritisiert werden kann (49,50), erscheinen die Psychosomato-

sen erstmals als einheitliche Kategorie, weitab von einer neurotoiden Spezifizierung.

Als Schwäche dieser Konzeption ist anzusehen, daß bei aller Gemeinsamkeit scheinbar die Unterschiede zwischen den doch recht verschiedenen Krankheitsbildern undeutlich werden (vgl. 78, 330). Der alexithyme Charakter gilt zwar als hinreichende, aber nicht notwendige Bedingung für das Entstehen psychosomatischer Symptome; welche Störungen jedoch psychosomatisch sind im Sinne der Alexithymie, bleibt unklar. Das schwierige, aber unumgängliche Kapitel der Organspezifität ist ausgeblendet. Einen wesentlichen Nachteil hat das Alexithymiekonzept mit anderen Erklärungsversuchen (Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Desomatisierung) gemein: Es ist psychisches Korrelat, steht unverbunden - empirisch, nicht theoretisch entwickelt - neben der Körperlichkeit, der alexithyme Charakter ist nicht als Produkt einer bestimmten Sozialisation ausgewiesen. Solange aber Beziehungen zwischen Sozialisationspraxis, Interaktionsform, Persönlichkeitsprofil und organischem Befund nicht deutlich werden, bleibt jeder Satz seinen Beweis schuldig. ZEPF unternimmt den Versuch der Synthese und schreibt:

"Eingespannt zwischen passiver Objektliebe und randständigem idealem Selbst bestimmt das narzistische Defizit, die Inkongruenz zwischen realem und idealem Selbst, die Disposition des psychosomatisch Kranken, welche seine prinzipielle Position im Interagieren definiert: das Selbst muß in Übereinstimmung mit den Verhaltenserwartungen relevanter Bezugspersonen gebracht und gehalten werden. Die ungenügende sensorische Qualifikation körperlicher Spannungszustände, welche mit einem

mangelnden Vertrauen in die eigenen Funktionen als taugliche Mittel zur Spannungsbewältigung einhergeht, erzwingt eine primäre Orientierung auf das Vermeiden von Unlust. Alle Impulse, die zu einer Trennung von bedürfnisbefriedigenden Objekten führen könnten, müssen abgewehrt werden. Aggressive Verhaltensweisen stehen demnach kaum zur Verfügung. Die eigenen Funktionen werden in erster Linie in Hinblick auf Angstabwehr, auf Vermeidung undifferenzierter Spannungszustände entwickelt, d.h. auf die Herstellung und Einhaltung narzistischer Objektbeziehungen. Diese Beziehungen sind durch eine Instrumentalisierung der beteiligten Objekte gekennzeichnet. Indem Spannungszustände nicht differenziert und spezifisch in Sprache eingebracht werden können, der eigene Körper also nicht als zureichend interpretiertes Ensemble von Bedürfnissen vorliegt, bleibt die somatische Seite des Subjekts außerhalb der psychischen Repräsentanz des Selbst. Die körperlichen Prozesse selbst bleiben undifferenziert und werden nicht zu einem in das Subjekt integrierten Bestandteil. Ebenso wie zu Nicht-Mama-Objekten steht das Subjekt auch zu seinem Körper in einem distanzierten Verhältnis. Da körperliche Spannungszustände nicht symbolisch differenziert zu Objekten in Beziehung gebracht werden können, sind dem Subjekt die Objekte wie auch der eigene Körper gleichermaßen entfremdet. Auf die Ebene der Sprache projiziert meint dies, daß die sprachlichen Bedeutungen überwiegend um den konotativen Aspekt verkürzt sind" (332,S.94).

Eine neuerliche Auseinandersetzung mit den LORENZERSchen Thesen (188,189,190,191) soll hier nicht versucht werden (102,206,184); in unserem Zusammenhang interessiert nur, daß die 'kritische Theorie des Subjekts' sich hauptsächlich auf Psychoanalyse und Linguistik stützt, als Vermittlungsebene zwischen psychischer und sozialer Struktur fungieren soll (192), aber mit wenigen Ausnahmen versäumt (z.B.187), wichtige psychoanalytische Grundbegriffe zu klären, die besonders die psychosomatogene Sozialisation betreffen.

Deshalb ist die genaue topische wie dynamische Ortung der Alexithymie innerhalb der Psychoanalyse schwierig. Die ein-

gangs gemachte Feststellung, die psychosomatische Struktur sei prägenital, präödipal, präkonfliktuös, kurz narzißtisch, wird jedoch von der Alexithymietheorie geteilt.

##### 5. BALINT und DEUTSCH. Psychosomatogenese und Objektbeziehungen

BALINT meldet Kritik an und schreibt:

"So wie die ödipale Stufe ihren Namen von einem ihrer Hauptkennzeichen führt, so sollte die andere Stufe auch ihren eigenen kennzeichnenden Namen erhalten und nicht prä-dies und -jenes, vor allem aber nicht prä-ödipal genannt werden, denn sie kann, soweit wir aus unseren klinischen Erfahrungen urteilen können, neben der ödipalen Stufe fortbestehen. Ich will die Frage hier offenlassen, ob es überhaupt Zeiten gibt, in welchen das Seelenleben nur auf einer der beiden Ebenen vor sich geht. Andererseits muß hervorgehoben werden, daß diese zweite Ebene unbedingt einfacher, primitiver ist als die ödipale. Ich schlage vor, sie Ebene der Grundstörung zu nennen und möchte unterstreichen, daß es sich um eine Störung, nicht um eine Situation, einen Konflikt oder Komplex handelt... Die Hauptmerkmale der Ebene der Grundstörung sind, a) daß alle in ihr sich abspielenden Vorgänge zu einer ausschließlichen Zwei-Personen-Beziehung gehören - es gibt keine dritte Person; b) daß diese Zwei-Personen-Beziehung sehr eigenartig und gänzlich verschieden ist von den wohlbekannten menschlichen Beziehungen auf der ödipalen Stufe; c) daß die auf dieser Stufe wirksame Dynamik nicht die Form eines Konfliktes hat, und d) daß die Erwachsenensprache oft unbrauchbar und irreführend ist, wenn sie Vorgänge auf dieser Ebene beschreiben will, da die Worte nicht mehr ihre konventionelle Bedeutung haben" (17,S.25/6).

Die Notwendigkeit, einen neuen Begriff einzuführen, sah BALINT nicht zuletzt aufgrund seiner Auffassung vom (primären) Narzißmus. Dieser bezeichnet nach FREUD ein hypothetisches

Stadium der infantilen Libido, in dem das Kind sich selbst mit seiner ganzen Libido besetzt.

Dem objektlosen Zustand setzt BALINT die 'primäre Liebe', einen Zustand primärer, noch symbiotisch-unausgebildeter Objektbeziehungen entgegen. Die BALINTsche Beschreibung der frühen Objektbeziehungen als ein Milieu, das kindlichen Körperbedarf befriedigt und mütterliche Regression erfüllt, wurde als 'zwischen-tierische Beziehung' kritisiert (176, S.266). Ausgangspunkt jeder Zwischenmenschlichkeit soll demnach nicht eine Objektbeziehung, sondern Intersubjektivität sein. Akzeptiert man diese Auffassung als Ergänzung der BALINTschen Gedanken, kann sie nur bestärken, daß BALINT es war, der den Sieg des 'zoon politikon' über die isolierte Monade für den Bereich psychoanalytischer Grundbegriffe entscheidend vorbereitete. Für die Genese der Psychosomatosen bleibt festzuhalten, daß Objektbeziehungen ubiquitär sind bzw. Ansätze von Intersubjektivität auch dann vorkommen, wenn der Säugling physiologisch existiert.

"So tief wir auch mit unserer analytischen Technik bzw. mit unseren Beobachtungen in die Geschichte eines Menschenlebens vordringen können, haben wir immer, ohne Ausnahme, Objektbeziehungen vorgefunden" (15,S.62).

Hier werden auch die Überlegungen von DEUTSCH (61,62) interessant; daß sie als neue Konversionstheorie ausgegeben werden und letztlich den Todestrieb als metapsychologischen Halt

benötigen, soll nicht ausgeführt werden. Wichtig bleibt die fundamentale Art einer Zusammenschau von Psyche und Soma; DEUTSCH läßt physiologische Entwicklungen nur im Kontext der symbiotischen Objektbeziehungen geschehen, macht so das Subjekt zum Vollstrecker seiner Geschichte. Trotz Unbestimmtheit der Zyklen von Projektion-Verlust-Symbolisierung-Retrojektion und Wiederverkörperung, trotz Unklarheit einzelner Begriffe, liefert die Theorie ein psychophysiologisches Fundament, auf dem andere Erklärungsversuche (s.o.) erst Kontur gewinnen. DEUTSCH schreibt:

"The physiological functions of those body parts which have become the representatives of these symbolized objects are for this reason modified on account of the process of symbolization" (63,S.76).

und später:

"...perceptions become symbolized and evoke the whole past history of a specific object relationship. Thus the symbolization of sensory perceptions serve as a feed back for physiological processes" (63,S.91).

Die Fähigkeit der Symbolisation ist also bereits auf dem Niveau der Primärvorgänge vorhanden (vgl.283). In Anlehnung an die Grundaussagen von DEUTSCH möchte ich zusammenfassend die wichtigsten Kennzeichen der Psychosomatosen skizzieren.

## 6. Thesen zur Psychosomatogenese

- a. Die Entstehung der Psychosomatosen geschieht auf der Grundstörung; personale Ursprungs-Situation ist die Mutter-Kind-Dyade, in der die psychischen Funktionsweisen noch von diffuser Qualität (Lust, Spannung) sind; Konflikte spielen sich mehr zwischen den Personen als intrapsychisch ab. Analog dazu ist die psychische Verarbeitungsfähigkeit der Psychosomatiker geschwächt zugunsten einer erhöhten somatischen Reaktionsbereitschaft. Die psychische Seite kann als 'alexithymer Charakter' bezeichnet werden.
- b. Die beiden Spielarten der Grundstörung entsprechen der psychischen Leistungsfähigkeit. Oknophil (16) ist das Verhalten in Bezug auf Befriedigung versprechende zwischenmenschliche Beziehungen. Oknophilie ist der frühere Zustand. Philobatisches Verhalten ist genetisch sekundär und äußert sich auf Gebieten, in denen Identität und Selbstwertgefühl nicht bedroht sind, in allen Tätigkeiten, deren Hauptmerkmal der Umgang mit unbelebten oder unwichtigen Objekten ist.

Gleichzeitiges Vorkommen einander widersprechender Tendenzen ist in der Psychoanalyse nichts Neues.

"Bei zwei widersprechenden Aussagen werden - falls es sich nicht um zu bereinigende Mißverständnisse handelt - beide als gleichberechtigte Sachverhalte aufgenommen mit dem Anspruch, denjenigen Bezugsrahmen zu finden, in dem beide zugleich Relevanz haben" (188,S.89)

- c. Grundstörung heißt bei Psychosomatikern besonders auch Störung des Autoerotismus (19). Autoerotismus meint hier, daß mehr als vorher eigene Aktivitäten intendiert werden. Voraussetzung für Aktionen ist eine gewisse Orientierung am eigenen Körper und die Beziehung zur Mutter (gratifizierend-sanktionierend). Im Lauf der Aktivitäten wird der gesamte Komplex (eigener Körper-Ich-Mutter-Körper der Mutter-Umwelt) erprobt, in verschiedener Art angeeignet und zu Symbolen verarbeitet. Die Symbolbildung wird dabei begriffen als ein fundamental somato-psychischer Prozeß (20); die Psychosomatose ist eine Störung in der Symbolisierung des Körpergeschehens.
- d. Der Körper ist immer Körper-Selbst. Er ist nicht anders denkbar als die psychische Repräsentanz, die seine Erfahrbarkeit ausmacht. Erfahrungen aber sind an Objektbeziehungen gebunden (Stillen, Streicheln, Anwesenheit, Abwesenheit). Deshalb lebt auch der Säugling nie nur physiologisch (215).

"Diese grundlegende Einheit, die die gelebte Körperlichkeit mit dem imaginär evozierten Objekt integriert, wäre das Körperschema (body image)" (19).

- e. In einer frühen Phase der Selbständigkeit geschieht bei Psychosomatikern durch Hemmung autoerotischer Aktivitäten eine partielle Fixierung auf der Ebene der Grundstörung. Die Hemmung des Autoerotismus bedeutet Einschränkungen der Handlungskapazität des Kindes überhaupt, da im entsprechenden Alter alle Handlungen autoerotisch sind.

"Aktivitätseinschränkend läßt sich im Kontext des mütterlichen Narzißmus und unabhängig davon, ob ein überfürsorgliches oder offen ablehnendes Verhalten vorherrschend ist, inhaltlich nicht anders verstehen denn als 'Unterbindung von Beziehungen'...Werden Beziehungssituationen mit Nicht-Mama-Objekten unterbunden, so unterbleibt zwingend die Aufspaltung der primären Ungeschiedenheit deshalb, weil verschiedene Interaktionsformen zwischen Mutter und Kind nicht symbolisch gefaßt werden können. Da die verschiedenen Interaktionsformen nicht auf die Mutter zentriert und als Bedeutungsinhalte in ihre psychische Repräsentanz aufgenommen werden können, gewinnen Mutter und Kind keine differenzierte Identität...Indem die Mutter für das Kind keine differenzierte Identität gewinnt, vermag sich auch das Kind nicht aus der primären Ungeschiedenheit auszugrenzen. Seine Beziehungssituationen zu ihr sind nicht als 'strukturiertes Selbst-in-differenzierter-Beziehung-zu' symbolisch repräsentiert". (332,S.91)

Die derart restringierte Praxis kann nur mangelhaft benannt werden. Mit der Einführung von Sprache wird die Grundstörung auf verbal-kognitiver Ebene festgelegt. Sprache wird erlernt, aber es überwiegen bedeutungsentleerte Zeichen; die Begriffe bleiben beschränkt auf das 'distanzierte Hinzeigen' (vgl.155)

"...die Zeichen unterscheiden sich von den Symbolen durch eine one-to-one Beziehung, d.h. eine Perfektion der Denotation mit Verringerung der Konnotationsbreite. Bei die-

ser Verwandlung wird das Bezeichnete herausisoliert und als Gegenstand abgegrenzt. Auf die Repräsentanz der Beziehungsobjekte übertragen, ergibt sich daraus zwingend: die Objektrepräsentanzen verlieren mehr und mehr ihren Beziehungscharakter. In einer formalen Analyse der Zeichen erscheint die psychologische Erfahrung der fehlenden Wärme und affektiven Lebendigkeit bei Intellektualisierung und Isolierung als zunehmende Auflösung des Beziehungscharakters und d.h. als Auflösung des 'gestischen Charakters' mit ansteigender Abgrenzung von Selbst und Objekt" (332,S.93)

- f. Die Hemmung des Autoerotismus führt ebenfalls zu Aggression, die diffus, primitiv und psychisch unbewältigt ist. Durch uninterpretierbare Aggressivität wird eine Diffusionsstelle, ein 'psychophysischer Kanal' offengehalten, der normalerweise parallel der Ich-Progression durch Desomatisierung aufgehoben wird.

Durch Überlagerung nachfolgender Entwicklungsstufen kann die organische Störung als symbolhafte Manifestation eines Konfliktes erscheinen. Entscheidende Bedingung der Somatisierung bleibt aber die Grundstörung.

"Die phasenspezifischen Aspekte muß man als Überlagerungen über die Primärbedingungen betrachten" (254).

Durch das psychosomatische Symptom wird also nicht direkt ein Konflikt symbolisiert. Konflikte lösen zwar das Geschehen aus, aber aufgrund verminderter psychischer und vermehrter somatischer Reaktionsfähigkeit. Grundlage ist weder eine Aufspaltung von Körper und Seele, die Zerrei-

Bung des psychosomatischen Simultangeschehens oder Auto-aggressivität (die psychischen Leistungen können auf dem Niveau der Grundstörung noch nicht die Stufe echter Aggression erreicht haben); es handelt sich auch nicht um Desomatisierung, Grundlage ist vielmehr eine psychophysische Fixation, die affektiv mobilisiert wird bei allen Anlässen der Gefahr von Objektverlust, Selbstverlust, beim Gefühl der Selbstüberforderung und bei Anlässen, die genuin eigene, vor allem schwierige Entscheidungen erfordern. Die einmal erkannte Reaktionsbereitschaft erhält den organismischen Status einer 'Phantomperson' (EICKE), die an Stelle der psychischen Instanzen reagiert. Die psychosomatisch Kranken

"...haben nicht gelernt, sich von ihrer Leiblichkeit zu distanzieren, sie sind mit ihrem Körper auf unbewußte Weise identifiziert und leben in einer symbiotischen Verquickung mit sich selbst, mit ihrer Körperlichkeit...Sie sehen in der krankhaften Störung etwas Befremdendes, weil sie diese nicht verstehen und, wie ihnen scheint, von ihr grundlos gequält werden. Sie sind aber dabei nicht eigentlich von ihrem Körper-Ich entfremdet. Dieser eigenartige, unverständliche, quälende, ja unter Umständen tödlich bedrohte Körper ist ihnen wie selbstverständlich zugehörig. Sie sind von ihm in ihrer Persönlichkeit abhängig, und sie sind ihm ausgeliefert, und je mehr dies der Fall ist, sind sie es selbst, die so krankhaft dahinsiechen. Die Störung ist ihnen insofern fremd, als sie ihnen unverständlich ist, aber sie empfinden sie nicht als unreal oder nicht zugehörig" (79,S.28/29).

- g. Die Unterschiede zur klassischen Konversionstheorie sind deutlich: Es liegt kein Komplex von Abwehrmechanismen vor. Auch die erweiterten Fassungen des Konversionsbe-

griffs können Hysterie und Psychosomatose nicht unter einen Hut bringen. Es gäbe die Möglichkeit, alternativ von hysterischer oder psychosomatischer Konversion zu sprechen. Dabei wäre die psychosomatische Konversion nicht identisch mit der 'prägenitalen Konversion' (89), da die neuere psychoanalytische Forschung auch bei den klassischen genitalen Neurosen prägenitale Anteile gefunden hat (246, 268). In diesem Sinne wäre Konversion nahezu gleichbedeutend mit Somatisierung.

- h. Unberücksichtigt blieben bisher die besonderen Eigenschaften kindlicher Psychosomatosen, die, wie die meisten psychischen Störungen, in ihrem Ablauf und ihrer Altersgebundenheit noch rätselhaft sind. Die zunehmende soziale Belastung, die Umstellung von der familiär-abhängigen zur erwachsen-unabhängigen Lebensform ist sicher sehr wichtig, weil nach Aufgabe der konkreten familialen Beziehungen die internalisierten Repräsentanzen von Eltern und Geschwistern erst vervollständigt werden und sich in neuen Situationen (Beruf, Familie) zu bewähren haben.
- i. Die soziale Funktion der Psychosomatosen ist klar: Sie fallen kaum auf, sind naturwissenschaftlich-medizinisch, also unproblematisch zu therapieren. Der Psychosomatiker ist in der Konfrontation mit herrschenden Interessen genauso hilflos wie der be-herrschenden Mutter gegenüber.

## EIGENE UNTERSUCHUNG

### 1. Patienten und Methoden

Es wurden die Krankengeschichten von Kindern und Jugendlichen ausgewertet, die an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen wegen Anorexia nervosa, Asthma bronchiale, Enuresis, Obstipation und Tic (ohne Gilles de la Tourette-Syndrom) stationär behandelt worden waren. Als Kontrollgruppe sollte eine klinikinterne Kontrastgruppe dienen; dabei handelt es sich nicht um eine Zufallsauswahl, die dem altersentsprechenden Bevölkerungsdurchschnitt nahekäme (13), die Kinder sind vielmehr nach den Endnummern der Krankengeschichten ausgewählt, wobei die untersuchten und andere Krankheiten mit deutlich psychischer Beteiligung ausgeschlossen wurden.

Um eine gewisse historische Konstanz zu gewährleisten, wurde die Untersuchung nicht über das Jahr 1970 hinaus ausgedehnt. Studien der Nachkriegsgeneration (134,135) machen wahrscheinlich, daß auch die politischen und ökonomischen Krisen der sechziger Jahre Einfluß auf die Häufigkeitsverteilung psychischer Störungen hatten (vgl.200). Deshalb mußte eine unterschiedliche und teilweise auch geringe Fallzahl in Kauf genommen werden.

Die Aufnahme in die Klinik erfolgte meist nach Überweisung durch den behandelnden Haus- oder Kinderarzt, um mögliche organische Ursachen auszuschließen (z.B. Morbus Hirschsprung bei Obstipation). Damit wird - zumindest äußerlich - nach rein somatischen Gesichtspunkten selektiert und nicht nach Kriterien, welche die (Psycho-) Therapierbarkeit betreffen.

Das Einzugsgebiet der Klinik ist groß und umfaßt weite Teile Nordbayerns und der Oberpfalz. Die langen Anfahrtswege dürften dazu führen, daß nur bei relativ schweren Symptomen eine Einweisung erfolgt.

Erlangen selbst liegt am Rande des mittelfränkischen Ballungsgebietes (Nürnberg-Fürth-Erlangen) in ländlicher Umgebung. Die Stadt hat etwa 100.000 Einwohner, durch Universität und Niederlassungen der Firma Siemens eine relativ gehobene Berufsstruktur (34). Aus Nürnberg und Fürth kommen in der Regel nur ausgewählte Fälle nach Erlangen.

Die hier untersuchten Krankheiten wurden nach folgenden Variablen analysiert: Wohnort (W), Beruf des Vaters (BV), Beruf der Mutter (BM), Geschwisteranzahl (GA), Position des Patienten in der Geschwisterreihe (PP) und Geschlecht des Patienten (GP).

Der Beruf des Vaters wurde nach der 34-stufigen Sozialskala von HANDL et al.(126) eingestuft und in fünf Schich-

ten unterteilt. Eine qualitative Gliederung erfolgte als Ordnung der Berufe in Beamte, Selbständige und abhängig Arbeitende.

## 2. Allgemeine Tendenzen anderer Untersuchungen

Sozialepidemiologische Untersuchungen, die mehrere psychosomatische Störungen als eine gemeinsame Gruppe derselben untersuchten Population nach ihren sozialen Variablen analysieren, sind spärlich. Viele epidemiologische Studien sind nicht vergleichbar, entweder fehlen die sozialen Daten oder die psychosomatischen Störungen sind nur unzureichend definiert und ausgewertet (2,21,38,41,42,45,46,47,56,60,69,84,85,90,117,118,130,131,136,154,180,184,193,195,204,224,234,242,250,252,255,258,289,292,294,311).

Die vorhandenen Ergebnisse stimmen jedoch in folgenden allgemeinen Trends überein:

- a. Vorschulkinder sind seltener auffällig als Schulkinder. Mit weiter zunehmendem Alter nehmen die Symptome wieder ab. Hier wird deutlich, daß eine z.B. neurotische Disposition nicht zu trennen ist von dem sozialen Rahmen (Schule) innerhalb dessen sie auftritt.
- b. Jungen sind häufiger betroffen, sie zeigen mehr Symptome mit Aggressions- und Verwahrlosungstendenz. Mit

zunehmendem Alter steigt der Anteil der Mädchen; sie verhalten sich eher depressiv und ängstlich.

- c. Insgesamt kommen psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in etwa 25% vor, bei ca.5% ist eine intensive Therapie unmittelbar notwendig.
- d. Mit abnehmender sozialer Schicht steigt die Anzahl psychopathologischer Symptome. Psychosomatosen zeigen ein uneinheitliches Muster.

### 3. Eigene Ergebnisse

Da nur eine retrospektive Auswertung der Krankengeschichten möglich war, konnte die Qualität der sozialen Variablen nicht verbessert werden.

- Der Beruf des Vaters ist oft nur grob angegeben, vor allem bei niedrigem Sozialstatus ("Arbeiter"). Bei Anwendung der Berufsskala von HANDL (126) ergaben sich deshalb Häufungen in einzelnen Gruppen, die dann gewissermaßen als Sammeltopf anzusehen sind (s.Tabellenteil); es ist jedoch nicht anzunehmen, daß größere Genauigkeit eine erhebliche Verschiebung bedingen würde.

- Der Beruf der Mutter war nur quantitativ zu ermitteln (ganztags-halbtags-Hausfrau). Beispielsweise konnten soziale Unterschiede zwischen einer halbtagsstätigen Putzfrau und einer als Hausfrau lebenden ehemaligen Lehrerin nicht erfaßt werden.

- Die Familienkonstellation ist nur für die Kernfamilie des behandelten Kindes bekannt. Eine genaue familiendynamische Untersuchung, die auch über entsprechende Daten (GA,PA,PG,PP) mindestens der vorangehenden Generation (Eltern und deren Geschwister) verfügen müßte (309), war nicht möglich.

Im Vergleich zu allen an der Klinik untersuchten Patienten sind Psychosomatosen selten. Das Geschlechtsverhältnis innerhalb der Gruppen entspricht weitgehend dem in der Literatur angegebenen: Überwiegen der Knaben bei Asthma und Tic, der Mädchen bei Anorexie und Obstipation. Daß mehr Mädchen mit Enuresis vorkommen überrascht, ist aber wohl durch Selektion besonders schwerer oder unklarer Fälle zu erklären (Verdachtsdiagnose eines Harnwegsinfektes).

#### a. Wohnort

Bei Analyse des Wohnorts der Patienten wird ein starker ländlicher Einfluß deutlich; dieser ist schwer einzuschätzen; unter den Landbewohnern finden sich viele Pendler, die aus ganz unterschiedlichen Gründen nicht in der Stadt wohnen, weil sie nämlich in der Gegend geboren sind und dort bleiben wollen, weil sie ein Haus in ländlicher Umgebung einer Stadtwohnung vorziehen oder weil sie nebenbei in der Landwirtschaft arbeiten. Gerade unter ungelernten Arbeitern mit ländlichem Wohnsitz finden sich viele Landwirte, die nur nebenbei mit Lohnarbeit ihre Finanzlage auf-

bessern. Diese Population mit einer der üblichen sozialen Einstufungen zu erfassen ist schwierig; nachdem die klinische Anamnese unserer Patienten Angaben wie Einkommen oder Ausbildung nicht enthielt, war nur eine grobe Zuordnung möglich.

#### b. Beruf der Mutter

Ein ähnlich unsicheres Bild entsteht bei der Einschätzung der Berufstätigkeit der Mutter. Wieviele Mütter, die ihren Beruf als Hausfrau angeben, noch in der Landwirtschaft oder der eigenen Firma mitarbeiten, war nicht zu ermitteln. Außerdem weist landwirtschaftliche Arbeit eine andere Struktur auf als Fabrikarbeit und wäre qualitativ anders zu bewerten; die empirische Sozialforschung hat diese Fragen noch kaum bearbeitet. Im Vergleich zu Großstadtstudien ist die Berufstätigkeit der Mutter niedrig (232). Auffallend ist der hohe Anteil berufstätiger Mütter von Anorexie-Patienten. Dieser Befund erinnert daran, daß diese Mütter sich durch frustrierte Berufserwartungen auszeichnen sollen (58). Da gerade Berufswahl und Berufstätigkeit durch geschlechtsspezifische Auslesekriterien und Vorurteile ausgeprägt sind, ist vorstellbar, daß berufliche Identitätskonflikte der Mutter und sexuelle Identitätskonflikte der Tochter Ausdruck einer pathologischen Familientradition sind und zum Bild der Anorexie führen können (275). Der hohe Anteil berufstätiger Mütter ist weiterhin bemerkenswert, da er in der Gruppe mit dem höchsten sozialen Status auftritt. Normaler-

weise steigt die Berufstätigkeit der Mütter mit sinkender sozialer Schicht.

#### c. Geschwisteranzahl

Die Anzahl der Kinder eines Ehepaars steigt mit sinkender sozialer Schicht. In der Gruppe von Patienten mit Obstipation ist die geringste Kinderzahl zu finden; nur hier sind Einzelkinder am häufigsten betroffen. Das wäre deuthar als Zeichen einer allgemeinen Retentivität, daß nämlich die 'Verstopfung' nicht auf ein einzelnes Organsystem beschränkt ist.

#### d. Patientenposition

In niedrigeren Sozialschichten ("Abhängige") kommen neben der größeren Kinderzahl auch häufiger erkrankte Kinder vor. In allen Gruppen ist das älteste Kind am häufigsten betroffen; eine besondere Belastung von Einzelkindern oder Nachkömmlingen war nicht zu beobachten.

#### e. Patientenalter

Ein häufigeres Vorkommen von Verhaltensstörungen zu Zeiten des Schuleintritts oder Schulwechsels ist oft beschrieben worden und findet sich auch in meiner Untersuchung: In der Kontrollgruppe nimmt die Häufigkeit der Klinikeinweisung nach dem 7. Lebensjahr deutlich ab, bei Asthma erscheint ein Gipfel im 7./8. und 10./11. Lebensjahr, bei Enuresis im 6./7. Lebensjahr, bei Tic im 7., 9. und 11. Lebensjahr; ledig-

lich die Obstipation zeigt eine nahezu kontinuierliche, dem Alter entsprechende Abnahme. Unterschiedliche Sozialdaten legen die Interpretation nahe, daß sich unter dem Oberbegriff "Obstipation" mindestens zwei verschiedene Gruppen verbergen (jüngere Kinder oberer sozialer Schichten und ältere Kinder niedriger sozialer Schichten).

#### f. Beruf des Vaters

Durch Gliederung der Berufsskala in fünf Stufen wurde versucht, eine möglichst gleichmäßige und sinnvolle Unterteilung zu erreichen. Außerdem ist eine Zweiteilung der Berufe vorgenommen worden (Berufe 1-20/21-34, entsprechend den Stufen I-III/IV-V), die einer "blue/white-collar"-Trennung entspricht, um gröbere Ungleichheiten hervorzuheben. So ist bei der Anorexie ein deutliches Überwiegen der Oberschicht zu erkennen, bei Asthma ist die Unterschicht stärker vertreten.

Die Dreiteilung in Beamte, Selbständige und abhängig Arbeitende ergibt die größten Unterschiede zwischen den Beamten und den abhängig Arbeitenden. Die Selbständigen nehmen eine Zwischenposition ein.

Im 5-Stufen-Modell besteht zwischen der Kontrollgruppe und den gemeinsam erfassten Psychosomatosen kein wesentlicher Unterschied; erst die einzelnen Krankheitsbilder divergieren.

- Asthmatiker-Väter finden sich im Unterschied zu den mei-

sten Literaturangaben seltener in den obersten sozialen Stufen, am zahlreichsten in Stufe IV.

- Enuretiker-Väter haben als einzige Gruppe den größten Prozentrang in der untersten Schicht und zeigen insgesamt eine sehr ungleichmäßige Verteilung über die fünf Stufen.
- Den nächst höheren Prozentwert in Stufe V erreichen die Väter der Obstipationspatienten.
- Die Anorexie-Väter haben den höchsten sozialen Rang und sind am geringsten in Stufe V vertreten. Das ist insofern bemerkenswert, weil die Anorexie als die den Psychosen nahestehendste Psychosomatose angesehen wird. Psychosen, und gerade die hier angesprochenen schizophrenen Formen, häufen sich aber in der Unterschicht.
- Die Väter der Tic-Patienten erreichen ebenfalls hohe Werte in den obersten Sozialstufen.

Die Ergebnisse der Auswertung der Familiendaten stimmen größtenteils mit der Literatur überein. Das war nicht ohne weiteres zu erwarten, da die meisten Untersuchungen der Psychosomatosen aus psychotherapeutischen Spezialinstitutionen stammen.

Die Sozialdaten der Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter ergeben kein geschlossenes Bild. Faßt man verschiedene Psychosomatosen zusammen, gleichen sich teilweise deut-

liche Unterschiede, wie sie z.B. bei Anorexie und Enuresis gefunden werden, weitgehend aus, es sind kaum Differenzen gegenüber der "normalen" Klinikpopulation zu erkennen. Allerdings dürften sich allgemein die Familien der Klinikpatienten von Familien der Durchschnittsbevölkerung unterscheiden (222).

Die Diskrepanz zwischen der These einer einheitlich alexithymen Charakterstruktur der Psychosomatiker und den unterschiedlichen sozialen Daten ist angesichts der Verwendung von Grobvariablen ohne spezielle Hypothesen nicht interpretierbar. Es besteht also bisher wenig Aussicht, allein über die Analyse sozialer Daten Merkmale zu finden, die für die gesamte Gruppe der Psychosomatosen charakteristisch sind. Es lassen sich lediglich Teilaspekte aus der komplexen Pathogenese erfassen.

## ZUSAMMENFASSUNG

Eine spezielle Sozialepidemiologie der Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter gibt es bisher nicht. Die vorliegende retrospektive Studie über Häufigkeit und sozialen Hintergrund bezieht sich auf 325 Kinder und Jugendliche, Patienten der Universitäts-Kinderklinik Erlangen: 212 waren innerhalb der Jahre 1970 bis 1977 wegen Anorexia nervosa, Asthma bronchiale, Enuresis, Obstipation und Tic stationär behandelt worden; 113 bilden eine Kontrollgruppe.

Die einzelnen Krankheitsbilder werden ausführlich dargestellt, Probleme der Erhebung psychologischer und soziologischer Daten erörtert. Die Sozialepidemiologie kann mehr als bisher ein deskriptives Niveau verlassen, die abzuleitende Theorie wird auf eine technische Verbesserung des Untersuchungsverfahrens jedoch nur aufbauen können, aber nicht davon abhängig sein dürfen.

In einem theoretischen Teil werden Erklärungsversuche zur Psychosomatogenese kritisch verglichen; ansatzweise ist versucht, die psychoanalytische Neurosenlehre zu einer psychosomatischen Pathologie zu ergänzen.

Die eigene Untersuchung ergab deutliche soziale Unterschiede der untersuchten Krankheitsgruppen. Anorexie und Tics häuften sich in der Oberschicht, Asthma, Obstipation und am meisten Enuresis in der Unterschicht. Mit sinkender sozialer Schicht steigt die Zahl der gesunden als auch der erkrankten Kinder. Die Berufstätigkeit der Mutter ist niedrig und nur bei Anorexie erhöht. Schulische Belastung begünstigt die Manifestation der beschriebenen Krankheitsbilder.

Statistische Ergebnisse und klinische Betrachtungen lassen eine Tendenz erkennen, die Kategorie "Psychosomatose" nicht für alle dargestellten Krankheitsbilder uneingeschränkt aufrecht zu erhalten; die Obstipation bedarf genauerer Spezifizierung, die Enuresis ist am ehesten im Bereich zwischen Neurose und Verwahrlosung anzusiedeln.

## TABELLARISCHE ERGEBNISSE DER EIGENEN UNTERSUCHUNG

(Anhang 1)

Das Zahlenmaterial, das aus den 325 Krankenblättern gewonnen wurde, ist hier zusammengefaßt. Die Dreiteilung der Patientenpopulation nach dem Beruf des Vaters in die drei Gruppen Abhängige, Beamte und Selbständige wurde allerdings nur für die Krankheitsgruppe 4 (Obstipation) dargestellt, da sich für andere Krankheitsgruppen durch diese Einteilung keine neuen Gesichtspunkte ergaben.

Auch die Prüfung auf Signifikanz oder eine (erweiterte) Auswertung nach dem  $\chi^2$ -Test wurde verworfen, da die vorhandene Datenbasis, deren Mängel oben angedeutet wurden, m.E. solche Verfahren nicht erlaubt. Vielmehr sind die wichtigsten Tendenzen, die sich aus den Häufigkeiten ergeben, in dem Teil "Eigene Untersuchung" deskriptiv besprochen.

1) Gesamtkrankenstand der Universitäts-Kinderklinik  
Erlangen-Nürnberg

| <u>Jahr</u> | <u>Patienten</u> |
|-------------|------------------|
| 1970        | 4256             |
| 1971        | 4430             |
| 1972        | 4976             |
| 1973        | 5045             |
| 1974        | 5366             |
| 1975        | 5351             |
| 1976        | 5358             |
| 1977        | 5364             |

2) Untersuchte Krankheitsgruppen

|    | <u>KG</u>      | <u>Jahrgänge</u> | <u>Anzahl</u> | <u>m</u>  | <u>w</u> |
|----|----------------|------------------|---------------|-----------|----------|
| 1. | Kontrollgruppe | 1970             | 113           | 61        | 52       |
| 2. | Asthma         | 1970-72          | 78            | 55        | 23       |
| 3. | Enuresis       | 1970-73          | 48            | 20        | 28       |
| 4. | Obstipation    | 1970-73          | 44            | 16        | 28       |
| 5. | Anorexie       | 1970-76          | 25            | 4         | 21       |
| 6. | Tic            | 1970-77          | <u>17</u>     | <u>13</u> | <u>4</u> |
|    |                |                  | 325           | 169       | 156      |

Kontrollgruppe(1): 113  
 Psychosomatiker(2-6): 212 (65.23%)

3a) Berufgruppenskala nach HANDL (126)

- 1 Freie Berufe mit mehr als zwei Mitarbeitern
- 2 Freie Berufe mit bis zu einem Mitarbeiter
- 3 Höhere Beamte
- 4 Höhere Angestellte
- 5 Selbständige mit zehn und mehr Mitarbeitern
- 6 Gehobene Beamte
- 7 Gehobene Angestellte in der Privatwirtschaft
- 8 Gehobene Angestellte im Öffentlichen Dienst
- 9 Selbständige mit zwei bis neun Mitarbeitern
- 10 Selbständige mit bis zu einem Mitarbeiter
- 11 Mittlere Angestellte in der Privatwirtschaft
- 12 Mittlere Angestellte im Öffentlichen Dienst
- 13 Werkmeister
- 14 Mittlere Beamte
- 15 Landwirte mit mehr als 50 Hektar landwirtsch. Fläche
- 16 Meister
- 17 Einfache Angestellte in der Privatwirtschaft
- 18 Einfache Angestellte im Öffentlichen Dienst
- 19 Einfache Beamte
- 20 Landwirte mit 20 bis 49 Hektar landwirtsch. Fläche
- 21 Vorarbeiter
- 22 Facharbeiter Bau
- 23 Facharbeiter Gewerbe
- 24 Facharbeiter Dienstleistung
- 25 Facharbeiter Landwirtschaft
- 26 Landwirte mit 10 bis 19 Hektar landwirtsch. Fläche
- 27 Angelernte Dienstleistung
- 28 Landwirte mit bis zu 9 Hektar landwirtsch. Fläche
- 29 Angelernte Bau
- 30 Angelernte Gewerbe
- 31 Ungelernte Dienstleistung
- 32 Ungelernte Gewerbe
- 33 Ungelernte Bau
- 34 Ungelernte Landwirtschaft

3b) Beruf des Vaters in den untersuchten Krankheitsgruppen

| KG | 1     | 2     | 3     | 4     | 5    | 6     |
|----|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| 1  | 3.54  | -     | -     | -     | 4.0  | -     |
| 2  | 1.77  | 2.56  | 6.25  | 2.27  | 4.0  | 11.76 |
| 3  | 0.88  | -     | -     | -     | 4.0  | -     |
| 4  | -     | -     | -     | -     | -    | 5.88  |
| 5  | 0.88  | -     | -     | 2.27  | -    | -     |
| 6  | 3.54  | -     | 4.17  | 6.82  | -    | -     |
| 7  | 4.42  | 1.28  | 4.17  | 2.27  | 8.0  | 5.88  |
| 8  | -     | -     | -     | 2.27  | -    | -     |
| 9  | 3.54  | 3.85  | 4.17  | 2.27  | 8.0  | -     |
| 10 | 1.77  | -     | 2.08  | 2.27  | -    | -     |
| 11 | 12.39 | 6.41  | -     | 15.91 | 16.0 | 11.76 |
| 12 | -     | -     | -     | 2.27  | -    | -     |
| 13 | -     | -     | -     | -     | 4.0  | -     |
| 14 | 0.88  | -     | -     | 2.27  | 4.0  | 5.88  |
| 15 | -     | -     | -     | -     | -    | -     |
| 16 | 1.77  | 2.56  | 4.17  | -     | -    | 5.88  |
| 17 | 5.31  | 19.23 | 20.83 | 9.09  | 8.0  | 5.88  |
| 18 | 1.77  | 2.56  | -     | -     | 4.0  | -     |
| 19 | 7.96  | 3.85  | 6.25  | -     | -    | 5.88  |
| 20 | 4.42  | 3.85  | 4.17  | -     | 16.0 | -     |
| 21 | -     | -     | -     | -     | -    | -     |
| 22 | 4.42  | -     | 2.08  | -     | -    | -     |
| 23 | 21.24 | 41.03 | 6.25  | 27.27 | 12.0 | 23.53 |
| 24 | 1.77  | -     | -     | -     | -    | -     |
| 25 | -     | -     | -     | -     | -    | -     |
| 26 | -     | -     | -     | -     | -    | -     |
| 27 | -     | 2.56  | 2.08  | -     | -    | -     |
| 28 | -     | -     | -     | -     | -    | -     |
| 29 | 0.88  | 1.28  | -     | -     | -    | -     |
| 30 | 7.96  | 6.41  | 18.75 | 13.64 | 4.0  | 11.76 |
| 31 | 5.31  | -     | 12.50 | 2.27  | -    | 5.88  |
| 32 | 3.54  | -     | 2.08  | 4.55  | 4.0  | -     |
| 33 | -     | 2.56  | -     | 2.27  | -    | -     |
| 34 | -     | -     | -     | -     | -    | -     |

4) Beruf des Vaters in fünf Stufen (%)

a) KG 1

|      |        |       |              |
|------|--------|-------|--------------|
| I)   | 1-9:   | 18.57 |              |
| II)  | 10-16: | 16.81 | I-III: 54.84 |
| III) | 17-21: | 19.46 |              |
| IV)  | 22-26: | 27.43 |              |
| V)   | 27-34: | 17.69 | IV-V: 45.12  |

b) KG 2

|      |        |       |             |
|------|--------|-------|-------------|
| I)   | 1-9:   | 7.69  |             |
| II)  | 10-16: | 8.97  | I-III: 42.3 |
| III) | 17-21: | 25.64 |             |
| IV)  | 22-26: | 44.88 |             |
| V)   | 27-34: | 12.81 | IV-V: 57.69 |

c) KG 3

|      |        |       |              |
|------|--------|-------|--------------|
| I)   | 1-9:   | 18.76 |              |
| II)  | 10-16: | 6.25  | I-III: 56.26 |
| III) | 17-21: | 31.25 |              |
| IV)  | 22-26: | 8.33  |              |
| V)   | 27-34: | 35.41 | IV-V: 43.74  |

d) KG 4

|      |        |       |              |
|------|--------|-------|--------------|
| I)   | 1-9:   | 18.17 |              |
| II)  | 10-16: | 22.72 | I-III: 49.98 |
| III) | 17-21: | 9.09  |              |
| IV)  | 22-26: | 27.27 |              |
| V)   | 27-34: | 22.73 | IV-V: 50.0   |

e) KG 5

|      |        |      |             |
|------|--------|------|-------------|
| I)   | 1-9:   | 26.0 |             |
| II)  | 10-16: | 26.0 | I-III: 80.0 |
| III) | 17-21: | 28.0 |             |
| IV)  | 22-26: | 12.0 |             |
| V)   | 27-34: | 8.0  | IV-V: 20.0  |

f) KG 6

|      |        |       |             |
|------|--------|-------|-------------|
| I)   | 1-9:   | 23.52 |             |
| II)  | 10-16: | 23.52 | I-III: 58.8 |
| III) | 17-21: | 11.76 |             |
| IV)  | 22-26: | 23.53 |             |
| V)   | 27-34: | 17.64 | IV-V: 41.17 |

g) KG 2-6

|      |        |       |              |
|------|--------|-------|--------------|
| I)   | 1-9:   | 16.03 |              |
| II)  | 10-16: | 14.15 | I-III: 54.24 |
| III) | 17-21: | 26.06 |              |
| IV)  | 22-26: | 25.94 |              |
| V)   | 27-34: | 19.82 | IV+V: 45.76  |

5) Wohnort (%)

|                  | KG | 1     | 2     | 3     | 4     | 5    | 6     |
|------------------|----|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Erlangen         |    | 21.24 | 14.10 | 8.33  | 20.45 | 12.0 | 17.65 |
| andere Mittel-u. |    |       |       |       |       |      |       |
| Großstädte       |    | 21.24 | 39.74 | 39.58 | 15.91 | 40.0 | 17.65 |
| Land             |    | 57.52 | 46.17 | 52.08 | 63.64 | 48.0 | 64.71 |

6) Beruf der Mutter (%)

|          | KG | 1     | 2     | 3     | 4     | 5    | 6     |
|----------|----|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| ganztags |    | 18.58 | 10.26 | 2.08  | 11.36 | 24.0 | 5.88  |
| halbtags |    | 9.73  | 14.10 | 22.92 | 18.18 | 24.0 | 5.88  |
| Hausfrau |    | 71.68 | 75.64 | 75.0  | 70.45 | 56.0 | 88.24 |

7) Geschwisteranzahl (%)

|      | KG | 1     | 2     | 3     | 4     | 5    | 6     |
|------|----|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| GA 1 |    | 31.86 | 17.95 | 12.50 | 40.91 | 24.0 | 5.88  |
| 2    |    | 32.74 | 30.77 | 35.42 | 29.55 | 36.0 | 47.06 |
| 3    |    | 17.70 | 30.77 | 18.75 | 13.64 | 16.0 | 11.76 |
| 4    |    | 7.96  | 8.97  | 18.75 | 13.64 | 16.0 | 23.53 |
| 5    |    | 1.77  | 8.97  | 8.33  | 2.27  | -    | 5.88  |
| 6    |    | 4.42  | -     | 2.08  | -     | 8.0  | 5.88  |
| 7    |    | 1.77  | -     | 4.17  | -     | -    | -     |
| 8    |    | 0.88  | -     | -     | -     | -    | -     |
| 9    |    | 0.88  | 1.28  | -     | -     | -    | -     |
| 10   |    | -     | 1.28  | -     | -     | -    | -     |

8) Patientenposition (%)

|    | KG | 1     | 2     | 3     | 4     | 5    | 6     |
|----|----|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| PP | 1  | 43.36 | 41.03 | 37.50 | 52.27 | 56.0 | 52.94 |
|    | 2  | 29.20 | 37.18 | 33.33 | 29.55 | 36.0 | 17.65 |
|    | 3  | 13.27 | 14.10 | 14.58 | 13.64 | 4.0  | 5.88  |
|    | 4  | 7.08  | 3.85  | 10.42 | 4.55  | 4.0  | 17.65 |
|    | 5  | 0.88  | 1.28  | 2.08  | -     | -    | -     |
|    | 6  | 5.31  | -     | 2.08  | -     | -    | 5.88  |
|    | 7  | -     | -     | -     | -     | -    | -     |
|    | 8  | 0.88  | -     | 1.28  | -     | -    | -     |
|    | 9  | -     | 1.28  | -     | -     | -    | -     |

9) Patientenalter (%)

|    | KG | 1     | 2     | 3     | 4     | 5    | 6     |
|----|----|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| PA | 1  | 44.25 | -     | -     | 20.45 | 4.0  | -     |
|    | 2  | 15.04 | 3.85  | -     | 13.64 | -    | -     |
|    | 3  | 7.08  | 1.28  | 2.08  | 15.91 | -    | 5.88  |
|    | 4  | 5.31  | 6.41  | 10.42 | 15.91 | -    | -     |
|    | 5  | 4.42  | 3.85  | 10.42 | 11.36 | -    | -     |
|    | 6  | 7.08  | 6.41  | 25.0  | 9.09  | -    | 5.88  |
|    | 7  | 5.31  | 17.95 | 16.67 | 2.27  | -    | 11.76 |
|    | 8  | 1.77  | 12.82 | 6.25  | 4.55  | -    | 5.88  |
|    | 9  | 2.65  | 7.69  | 8.23  | 2.27  | -    | 23.53 |
|    | 10 | 1.77  | 12.82 | 6.25  | 2.27  | -    | 5.88  |
|    | 11 | 0.88  | 14.10 | 2.08  | -     | 8.0  | 29.41 |
|    | 12 | 1.77  | 2.56  | 6.25  | -     | 24.0 | 5.88  |
|    | 13 | 1.77  | 6.41  | 4.17  | 2.27  | 32.0 | 5.88  |
|    | 14 | 0.88  | 3.85  | 2.08  | -     | 28.0 | -     |
|    | 15 | -     | -     | -     | -     | -    | -     |
|    | 16 | 0.31  | -     | -     | -     | 4.0  | -     |

10) Beruf des Vaters in drei Stufen (%)

Einteilung in Abhängige (A), Beamte (B) und Selbstständige (S) für KG 4 (Obstipation)

|    |    | B    | S    | A     |
|----|----|------|------|-------|
| GA | 1  | 50.0 | 50.0 | 39.89 |
|    | 2  | -    | -    | 36.11 |
|    | 3  | 25.0 | 25.0 | 11.11 |
|    | 4  | 25.0 | 25.0 | 11.11 |
|    | 5  | -    | -    | 2.78  |
|    | 6  | -    | -    | -     |
|    | 7  | -    | -    | -     |
|    | 8  | -    | -    | -     |
|    | 9  | -    | -    | -     |
|    | 10 | -    | -    | -     |

|    |    | B    | S    | A     |
|----|----|------|------|-------|
| PP | 1  | 50.0 | 50.0 | 52.78 |
|    | 2  | -    | 25.0 | 33.33 |
|    | 3  | 50.0 | 25.0 | 8.34  |
|    | 4  | -    | -    | 5.56  |
|    | 5  | -    | -    | -     |
|    | 6  | -    | -    | -     |
|    | 7  | -    | -    | -     |
|    | 8  | -    | -    | -     |
|    | 9  | -    | -    | -     |
|    | 10 | -    | -    | -     |

|    |    | B    | S    | A     |
|----|----|------|------|-------|
| PA | 1  | 25.0 | 25.0 | 14.44 |
|    | 2  | -    | -    | 16.67 |
|    | 3  | 25.0 | 50.0 | 11.11 |
|    | 4  | 50.0 | -    | 13.89 |
|    | 5  | -    | 25.0 | 11.11 |
|    | 6  | -    | -    | 11.11 |
|    | 7  | -    | -    | 2.78  |
|    | 8  | -    | -    | 5.56  |
|    | 9  | -    | -    | 2.78  |
|    | 10 | -    | -    | 2.78  |
|    | 11 | -    | -    | -     |
|    | 12 | -    | -    | -     |
|    | 13 | -    | -    | 2.78  |
|    | 14 | -    | -    | -     |
|    | 15 | -    | -    | -     |
|    | 16 | -    | -    | -     |

# KURZDARSTELLUNG EPIDEMIOLOGISCHER UNTERSUCHUNGEN

## ÜBER PSYCHOSOMATOSEN

(Anhang 2)

Im Folgenden sind diejenigen Untersuchungen tabellarisch aufgeführt, die einer Sozialepidemiologie kindlicher Psychosomatosen nahekomen; außerdem noch solche Studien, die inzwischen als "Klassiker" der Epidemiologie psychischer Störungen gelten. Dadurch soll eine Übersicht über Methoden und Ergebnisse ermöglicht werden. Die Darstellung richtet sich nach folgendem Schema:

1. Autor(en) der Untersuchung
2. Datum der Erhebung
3. Nationalität
4. Gegend (Land, Stadt etc.)
5. Art der Untersuchung (behandelte bzw. wahre Prävalenz)
6. Anzahl der Gesamtpopulation
7. Anzahl der Untersuchten
8. Alter der Untersuchten
9. Typ und Häufigkeit der Psychosomatosen
10. Untersuchungsmethode
11. Psychosomatose und sozio-ökonomischer Status
12. Familie und Geschwisterposition
13. Andere Ergebnisse
14. Kritik

# 1. Allgemeine epidemiologische Untersuchungen bei Kindern

- (a)
1. BOCKMÜHL, B. (30)
  2. 1971
  3. BRD
  4. Stadt- und Landkreis Mannheim
  5. Wahre Prävalenz
  6. 4. Volksschulklassen
  7. 527 Schulkinder
  8. Durchschnittlich 10 Jahre
  9. Ängstlichkeit, Schlafstörungen, Störungen der Motorik, Sprachstörungen, Anpassungsstörungen, Störungen der Ausscheidungsfunktionen, Störungen der vegetativen Regulationen
  10. Kurzes Interview der Kinder
  11. Sozialstatus nach JANOWITZ (149): Enuresis ist häufiger bei Mittelschichtskindern
  12. Enuresis tritt häufiger auf bei Einzelkindern und bei Kindern ganztags arbeitender Mütter.
  13. Das Schichtenmodell ist willkürlich. Die Befragung des Kindes allein ist nicht ausreichend.
- (b)
1. FREDERKING, U. (94)
  2. 1970
  3. BRD
  4. Stadt (67.5%) und Land (32.5%) Mannheim
  5. Psychologische Untersuchung in Verbindung mit einer schulärztlichen Untersuchung.
  6. 527 Schulkinder
  7. 289 Kinder, das entspricht 35.5% (nach Ausschluß aller Risikogruppen u.ä.).
  8. Durchschnittlich 10.5 Jahre
  9. Tic: 3%, chronische Obstipation: 4.5%, Enuresis nocturna (weite Definition): 19%.
  10. Erweiterte schulärztliche Untersuchung: Blutdruckmessung, halbstandardisiertes Interview
  11. Schichteinteilung nach JANOWITZ (149): Mittelschicht 55%, Unterschicht 45%. Enuresis diurna fand sich in der Mittelschicht doppelt so häufig wie in der Unterschicht; bei den Verhaltensstörungen waren keine sozialen Ungleichverteilungen auffindbar.
  12. Stärkster pathogener Einfluß war eine nervöse Mutter (allerdings ohne Einfluß auf Enuresis).

Enuresis nocturna war in gestörten Familienverhältnissen doppelt so häufig wie sonst. Einzelkinder sind häufiger nervös, unruhig, aggressiver, dissozial, initiativlos, ehrgeizig; innerhalb der Geschwisterreihe finden sich nur diskrete Unterschiede. Geschwisterposition: 20% Einzelkinder, 39% zwei Kinder, 19% vier Kinder und mehr.

14. Der Rahmen der schulärztlichen Untersuchung als auch die Methode der Fragebogenverschickung erlauben keine Fragen, die die weitere Arbeit des Gesundheitsamtes bzw. die Rücklaufquote beeinträchtigen.

(c) 1. GEDDA, E. (101)

2. 1951

3. Schweden

4. Land

5. 879 Kinder, entsprechend allen Schulanfängern 1945/46.

- 6./7. Die Untersuchung ist eine Nachuntersuchung. Von den 391 Kindern (44.5%), die vier Jahre vorher Verhaltensstörungen hatten, konnten 309 wieder befragt werden. Von den 488 Kindern der Kontrollgruppe wurden 397 wieder aufgefunden.

8. ca. 10 Jahre

9. Neurasthenie, Konzentrationsstörungen, Angst, Stottern, Nägelbeißen, Fingerlutschen, Anorexia nervosa, Colitis, Enkopresis, Enuresis, andere organische Neurosen, Delinquenz, Spannung-Hemmungsüberanspruch, Tic, Überaktivität, Schlafstörungen. Bei Enuresis wurden nur drei Kinder von 32 geheilt, bei Anorexie 18 von 66. Eine leichte Zunahme ergab sich bei den nervösen Verdauungsbeschwerden und den anderen organischen Neurosen.

10. Die Untersuchung von 1945/6 wurde durch Befragung der Eltern, Lehrer und Schulärzte durchgeführt.

13. 29.7% der Kinder waren bei der zweiten Untersuchung gebessert, 19.2% geheilt, 9.2% verschlechtert, 25% kamen neu hinzu, vor allem Nägelbeißen und Symptome der Spannung und Angst.

(d) 1. HARNACK, G.-A. v. (132,133)

2. 1958

3. BRD

4. Großstadt

5. Nachuntersuchung von Schulanfängern aus dem Jahre 1953.

6. Ein Jahrgang

7. 1335 von 2391, entsprechend 55%

8. 90% der Kinder zwischen 9 und 11 Jahren.

9. Nägelkauen, Hypermotorik, Schlafstörungen, Zähneknirschen, Enuresis, Jactatio, Pavor nocturnus, Stottern, Somnambulismus, vegetative Labilität, Manipulationen am Kofhaar, Eß-Störungen, Verhaltensstörungen, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kollaps.
10. Befragung der Eltern und Lehrer, Beobachtung der Untersucher während der Untersuchung.
11. Schichteinteilung nach Beruf, Einkommen und Bildung. Unterteilung in Oberschicht, gebotener Mittelstand, Mittelstand, qualifizierte Arbeiter, unqualifizierte Arbeiter.  
Enuresis häuft sich in unteren sozialen Schichten, bei den Tics ergibt sich keine Abhängigkeit. Die anderen Störungen verteilen sich wie folgt:

|             | <u>männl.</u> | <u>weibl.</u> | <u>Ø</u> |
|-------------|---------------|---------------|----------|
| Tics        | 4.5%          | 2.6%          | 3.5%     |
| Enuresis    | 4.6%          | 4.1%          | 4.4%     |
| Obstipation | 0.9%          | 2.1%          | 1.5%     |

12. Die Enuresis tritt auf bei 1.9% der Einzelkinder und 3.4% der Geschwisterkinder.
13. Mit 11 Jahren (Zeit des Schulwechsels) häufen sich die Beschwerden. Die Anzahl der ernstesten Beschwerden beträgt 5.6%.

- (e)
1. KULESSA, C. (175)
  2. 1973
  3. BRD
  4. Stadt (120 000 Einw.) und Kleinstadt (15 000 Einw.)
  5. Versuch der wahren Prävalenz
  6. 4. Volksschulklasse
  7. 96 Kinder (46 weibl., 50 männl.) von 180 (Rücklauf von 53.5%)
  8. Durchschnittlich 10 Jahre
  9. Symptomeinteilung nach OCKEL. Erfasste psychosomatische Symptome: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Hyperaktivität, Enuresis, Enkopresis, Tic.
  10. Interview von Mutter, Kind und Lehrer. Die Untersuchung hat den Charakter einer Vorstudie.
  11. Schichteinteilung nach JANOWITZ (149)
  12. Einzelkinder: 10.4% Erstgeborene: 29.2%  
Zwei Kinder: 45.9% Zweitgeborene: 38.5%  
Drei Kinder: 30.2% Drittgeborene: 19.8%  
Vier Kinder: 3.2% Viertgeborene: 2.1%  
Keine Familie mit mehr als vier Kindern!
  14. Aufgrund der Schichteinteilung ergibt sich eine nichtrepräsentative Beteiligung der Ober- und Mittelschicht von 90.5%.

- (f)
1. NOWAK, B. (223)
  2. 1973
  3. BRD
  4. Stadt (60 000 Einw.)
  5. Auswertung der Daten von niedergelassenen Ärzten, Erziehungsberatungsstellen und der Universitätsklinik für Kinderpsychiatrie.
  7. 1398 Kinder und Jugendliche von 1451
  8. Höchstalter 18 Jahre
  9. Organneurosen, die nicht genauer angegeben sind. Häufigkeit: 1.48%, entsprechend 85 Kindern.
  10. Auswertung der Fremddiagnosen
  11. Sozioökologische Methode nach FARIS und DUNHAM (85). Alle Störungen häufen sich in den sozial schwächeren Gebieten.
  13. Die in die Untersuchung mit eingeschlossenen umliegenden Dörfer haben niedrigere Fallzahlen (vgl. 295).
  14. - Die sozioökologische Methode ist an sich fragwürdig, besonders in kleinen Städten, wo eine Aufteilung in einheitliche Wohnbezirke schwierig ist.  
 - Die Einteilung der sozial unterschiedlichen Bezirke geschieht anhand eines recht trivialen "Tübingen-Führers".  
 - Der Zeitraum der Erhebung geht bis ins Jahr 1955 zurück, das Diagnoseschema ist sehr vereinfachend, die behandelte Prävalenz gibt keinen Aufschluß über die realen sozialen Verteilungen, innerhalb der Bezirke findet eine Nivellierung statt, manche Bezirke liefern aufgrund niedriger Fallzahlen keine zuverlässigen Daten.  
 - Die Zahl der Patienten wurde auf die Gesamt-einwohnerzahl bezogen und nicht auf die gleichaltrige Population.
- (g)
1. RICHMAN, N., STEVENSON, J., GRAHAM, P. (251)
  2. 1972
  3. Großbritannien
  4. Großstadt
  5. Wahre Prävalenz aller nach März 1969 geborenen Kinder.
  6. ca. 4000
  7. 705 von ca. 1000 zufällig ausgewählten Kindern, entsprechend 70%
  8. Drei Jahre
  9. Etwa 7% der Gesamtpopulation der Dreijährigen haben mäßige bis schwere Verhaltensstörungen, 15% haben milde Symptome: schlechter Appetit, Adipositas, Schlafstörungen, Überaktivität, Konzentrationsstörungen, Abhängigkeit, Suchen von Aufmerksamkeit, Gereiztheit, schwere Kontrollierbarkeit, unglückliche Stimmung, Stören, Ängste,

gestörte Beziehungen mit Geschwistern und Freunden, Enkopresis, Enuresis.

10. Halbstandardisiertes Verhaltensinterview, aufgrund dessen Auswahl einer Problemgruppe: 99 Familien, die in einem Sozialinterview intensiver befragt wurden.
13. Mädchen haben mehr Angst, Jungen sind eher überaktiv.
14. Die Kriterien der Auswahl der Problemgruppe sind fragwürdig. Die hohe Enuresisrate sagt bei Dreijährigen nichts aus.

- (h)
1. SCHWIDDER, W. (271)
  2. 1952
  3. BRD
  4. Großstadt
  5. Psychotherapeutische Poliklinik
  7. 1000 Krankengeschichten aus 5 Jahren
  8. Alter bis zu 18 Jahren, doppelt so viele Jungen wie Mädchen.
  9. Die behandelten Symptome umfassen das gesamte Spektrum möglicher Störungen. Erfasste Psychosomatosen sind: Enuresis 32% (häufigstes Symptom überhaupt), Anorexie 6%, Tic 3.5%, Asthma 1.4%.
  10. Auswertung der Krankengeschichten.

- (i)
1. SHEPERD, M., OPPENHEIM, B., MITCHELL, S. (276)
  2. 1961, Nachuntersuchung 1964
  3. Großbritannien
  4. Land, Kleinstädte
  5. Wahre Prävalenz
  6. Alle Schüler der Grafschaft Buckinghamshire zwischen 5 und 15 Jahren. Daten der schulmedizinischen Kartei. Keine Sonderschulen.
  7. 6463 Kinder, Rücklauf 97.5%, davon 51.7% Jungen und 48.3% Mädchen.
  8. 5 bis 15 Jahre
  9. Die allgemeinen Gruppen sind: Eßstörungen, Furcht, Schulschwierigkeiten, Schlafstörungen, antisoziales Verhalten, physische Beschwerden, psychomotorische Beschwerden, emotionale Beschwerden. Enuresis kommt vor bei 11% der Jungen und 8% der Mädchen, Tic bei 1.2% der Jungen und 0.5% der Mädchen, Obstipation "nur bei einer kleinen Gruppe".
  10. Eltern- und Lehrerfragebögen nach Häufigkeit und Ausprägungsgrad der Symptome
  11. Achtstufige Prestigeskala (HALL and JONES). Es ergeben sich keine eindeutigen Tendenzen; bei Kombination mit anderen Symptomen richten sich die Psychosomatosen nach der Verteilung der schwereren Störung.

12. Einzelkinder sind am seltensten befallen, am meisten betroffen sind die ältesten Geschwister von Familien mit mehr als vier Kindern. Geschlecht und Alter der Geschwister haben keinen Einfluß.
13. Enuresis, Obstipation und Tic sind sozial auffällig verteilt. Die Nachuntersuchung erbringt ein deutlich niedrigeres Ausmaß meßbarer Störungen.
14. Die Sozialskala erscheint recht einseitig, die Zuordnung der Psychosomatosen zu verschiedenen Subgruppen erlaubt keine spezifische Betrachtungsweise.

(j) 1. STEUBER, H. (291)

2. 1973
3. BRD
4. Göttingen
5. Wahre Prävalenz
6. 621 Kinder
7. 157 auffällige Kinder, entsprechend 25.3%
8. 1. bis 4. Grundschulklasse
9. Körperliche Symptome (22.3%), Sprachstörungen (14.7%), Ersatzbefriedigung (19.6%), Auffälligkeiten im Sozialbereich (63%), Störungen im Leistungsbereich (73.8%), Auffälligkeiten im emotionalen Bereich (37%).
10. Halbstandardisiertes Interview der Lehrer an zwei Schulen mit Kindern aus verschiedenem sozialen Milieu. Bei Störungen aus dem körperlichen Bereich und beim Durchschnitt aller Störungen ergab sich eine größere Prävalenz in der Schule der unteren sozialen Schichten.

(k) 1. STROBEL, H. (293)

2. Keine Angabe
3. BRD
4. Erziehungsberatungsstelle
5. Großstadt
- 6./7. 176 Kinder, davon sieben unter sechs Jahren
8. Gesamtes Kindes- und Jugendalter mit Betonung des 6. bis 8. und 9. bis 11. Lebensjahres.
9. Motorische Unruhe, Jactationen, Tics, Nervosität, Enuresis, Enkopresis, Obstipation, Erbrechen, Magenbeschwerden, Eßstörungen, Naschhaftigkeit, Nägelkauen, Fingerlutschen, sexuelle Probleme, Zähneknirschen, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Asthma, Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit.
10. Behandelte Prävalenz (Auswertung der Unterlagen)
11. Sozialstatus nach KLEINING und MOORE (169) ohne gesonderte Abhandlung der Psychosomatosen.

12. Mit zunehmender Geschwisterzahl sinkt die Häufigkeit aller Störungen.
14. Die Untersuchung ist selektiv, die Mittelschicht macht 84.8% aus. Die Kategorie der Psychosomatischen ist zu weit gefaßt. Die genauere Auswertung der Daten berücksichtigt nur die Kinder mit primärer Störung im Leistungsbereich.

- (1) 1. THALMANN, H.-C. (304)
2. 1968
3. BRD
4. Stadt (75 000 Einw.)
5. Wahre Prävalenz
- 6./7. 160 Jungen, entsprechend 6.3% dieser Alterspopulation.
8. 7 bis 10 Jahre
9. Schlafstörungen (26%), Eßstörungen (14.7%), Magenbeschwerden (15.3%), Kopfschmerzen (22.7%), Asthma (7.3%), Enuresis (8.7%), Enkopresis (2.7%), psychomotorische Störungen (11.3%). Die Störungen werden nach Schweregrad aufgegliedert.
10. Halbstandardisiertes Interview der Eltern.
11. Sozialstatus analog der "Midtown Manhattan Study" (vgl. 179,249,285 ). Hauptkriterium ist der Beruf des Vaters. Nach zusätzlicher Gewichtung mit Bildung und Einkommen sind die mittleren und unteren sozialen Schichten mehr betroffen.
12. Einzelkinder haben weniger körperliche Symptome. Nachzügler und mittlere Kinder haben häufiger Eßstörungen, Kopfschmerzen und Enuresis.
13. Aggressive Jungen zeigen mehr körperliche Symptome.
14. Die Untersuchung berücksichtigt nur Jungen. Bei der Sozialverteilung werden die psychosomatischen Symptome nicht getrennt behandelt. Die Kriterien der Gewichtung sind willkürlich. Die Kategorie der psychosomatischen Störung ist zu weit gefaßt.

## 2. Studien von Einzelkrankheiten

- (a)
1. FARRALES, R. (86)
  2. 1972
  3. Philippinen
  4. Großstadt
  5. Versuch der wahren Prävalenz in Volksschulen mit unterschiedlicher sozialer Selektion.
  6. 8622 Kinder
  7. 1863 Kinder, entsprechend 30%
  8. Durchschnittlich 9 bis 10 Jahre, die Streuung beträgt 5 bis 16 Jahre.
  9. Enuresis nocturna. 697 Kinder (37%) hatten Enuresis mit einer signifikanten Zunahme in den Schulen mit niedrigerem sozialen Niveau.
  10. Fragebögen für Eltern und Lehrer.
  12. Geschwisterposition: 1. Kind 23.8%, 2. Kind 21%, 3. Kind 17.7%, 4. Kind 11%, 5. Kind 6.6%, 6. Kind 6.1%, 7. Kind 3.1%.
  13. Sekundäre Enuresis nur bei 1.7% der Jungen und 1.1% der Mädchen. Am häufigsten nassen die Kinder jede Nacht ein (kontrovers zu KULESSA und BOCK-MÜHL). Die höchste Inzidenz ist im 7. Lebensjahr.
- (b)
1. GRAHAM, P., RUTTER, M., YULE, W., PLESS, I. (109)
  2. Großbritannien
  3. 1965
  4. Land (Isle of Wight)
  5. Wahre Prävalenz
  6. 3300 Kinder
  7. 452 Kinder, die in Intelligenz-, Lese- und Schreibtests schlecht abgeschnitten hatten.
  8. 9 bis 11 Jahre
  9. Asthma. Die Häufigkeit betrug 2.3%.
  10. Auswertung schulmedizinischer Untersuchungsbögen.
  11. Signifikante Überrepräsentanz der oberen Sozial-schichten.
  12. 50% sind Jungen.
- (c)
1. HALMI, K. (123)
  2. 1974
  3. USA
  4. Großstadt
  5. Psychiatrische Klinik
  6. Alle Anorexie-Patienten von 1920 bis 1972
  7. 94 Patienten, davon 88 weiblich und 6 männlich.



### 3. Untersuchungen von Allgemeinärzten

- (a)
1. PRIMROSE, E. (241)
  2. 1962
  3. Großbritannien
  4. Kleinstadt und Land
  5. Praktiker Klientel
  6. 1701 Einwohner, 824 männlich und 877 weiblich.
  7. 155 Neurotiker (119 weiblich, 36 männlich), die Psychosomatiker sind inbegriffen.
  8. Gesamtes Altersspektrum
  9. Die Häufigkeit aller Neurosen beträgt 91.1/1000. Krankheitseinteilung der WHO.
  10. Retrospektive Auswertung der Krankenblätter.
  11. Schichteinteilung nach Registrar General's Classification. Es besteht kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Neurose und sozialer Schicht.
  13. Bei den Psychosen ist die Verteilung von Schizophrenie zu Zykllothymie 1 zu 2 (!).
  14. Durch die Zusammenfassung von Neurosen und Psychosomatosen ist eine getrennte Interpretation nicht möglich.
- (b)
1. STROTZKA, H. (295)
  2. 1964
  3. Österreich
  4. Kleinstadt und Land
  5. Praktiker Klientel
  7. Kontrollgruppe von 500 Patienten. 100 psychiatrische Patienten.
  8. Gesamtes Altersspektrum
  9. Psychosomatische Symptome werden nur wenig berücksichtigt, keine Aufschlüsselung.
  10. Retrospektive Auswertung von Krankenblättern und Fragebögen.
  11. Selbsterstelltes Schichtmodell. Die soziale Verteilung der Patienten mit psychischen Symptomen entsprach der Durchschnittsbevölkerung.
  13. Die bäuerliche Bevölkerung ist morbider als die Kleinstadtbevölkerung; ihre psychischen Beschwerden äußern sich häufig organisch.

#### 4. Allgemeine epidemiologische Untersuchungen

- (a)
1. DUNBAR, F. (71)
  2. 1934 bis 1938
  3. USA
  4. Großstadt
  5. Behandelte Prävalenz
  7. 1200 Patienten
  8. 15 bis 55 Jahre
  9. Kardiovaskuläre Krankheiten, Diabetes und Frakturen.
  10. Analytisches Interview, Beobachtung des Krankheitsverlaufes.
  12. Die Studie repräsentiert die oberen 3/5 der Bevölkerung und ist daher nicht aussagekräftig.
- (b)
1. EATON, J., WEIL, R. (72, 73)
  2. 1951
  3. USA
  4. Land
  5. Wahre Prävalenz (life-time-prevalence)
  - 6./7. 8542 Personen (Hutteriten)
  8. Gesamtes Altersspektrum
  9. 199 Patienten wurden erfaßt, davon 16 Psychosomatiker.
  10. Fragebögen, Daten der behandelnden Ärzte, Krankenblätter etc.
  11. Keine Schichteinteilung wegen ausschließlich ländlichem Milieu.
  13. Die durchschnittliche Familiengröße beträgt mehr als 10 Personen.
- (c)
1. HOLLINGSHEAD, A., REDLICH, F. (144)
  2. 1950
  3. USA
  4. Großstadt
  5. Behandelte Prävalenz, keine Studenten.
  6. ca. 250 000 Personen
  7. 1891 Patienten
  8. Gesamtes Altersspektrum
  9. Unterteilung aller Störungen in sieben Neurosen- und fünf Psychosen-Formen. Die Psychosomatosen werden bei den Neurosen mit erfaßt.
  10. Auswertung von Fremddiagnosen.

11. 'Index of social position': "Die Skala basiert auf der Annahme, daß einzelne Berufe in unserer Gesellschaft unterschiedlich bewertet werden." (Hervorhebung von mir). 5-Punkte-Skala mit Gewichtung. Die Psychosomatosen häufen sich diskret in unteren sozialen Schichten.
13. Deutlicher häufen sich in den Unterschichten Angstreaktionen und Hysterien.
14. Nach HOLLINGSHEAD und REDLICH ist die Abgrenzung der Psychosomatosen von Hysterien und Angstreaktionen schwierig, manchmal willkürlich. Nach dem damaligen Stand der psychoanalytischen Theorie dürften sich daher unter den letzteren etliche Psychosomatiker befinden. Die Schichteinteilung ist problematisch, da sie die Berufe nach dem Prestige einteilt und willkürlich Gewichtungen vornimmt.

- (d)
1. LANGNER, T., MICHAEL, S., RENNIE, T., SROLE, L. (179,249,285)
  2. 1953
  3. USA
  4. Großstadt ("Midtown-Manhattan-Study")
  5. Wahre Prävalenz ( one-day-prevalence)
  6. ca. 175 000 Personen, davon 110 000 zwischen 20 und 59 Jahren.
  7. Von 1991 ausgesuchten Personen beteiligten sich 1660.
  8. 20 bis 59 Jahre
  9. Psychosomatische Symptome: Arthritis, Rheuma, Asthma, Enuresis, Colitis, Diabetes, Heuschnupfen, Hochdruck, Neuralgie, Lumbalgie, Magengeschwüre, Urticaria. Psycho-physiologische Symptome: Nervosität, Angst, Angespanntheit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, kalter Schweiß, Herzklopfen, Ruhelosigkeit, Hitzewallungen, Übelkeit, feuchte Hände, Händezittern, Schwindel, Ohnmacht, Sodbrennen, dumpfer Kopf.
  10. An 139 psychiatrischen Patienten validierter Fragebogen, auch für minimale Störungen.
  11. Schichteinteilung nach Rente, Einkommen, Beruf, Ausbildung. Die Psychosomatosen zeigen keine signifikante soziale Ungleichverteilung.
  12. Bei Eltern von Probanden mit hoher sozialer Schicht gibt es mehr psychosomatische Beschwerden. Eine halbtags arbeitende Mutter erhöht nicht das Risiko, psychosomatisch zu erkranken.
  13. Psychosomatiker heiraten einander nur zu 3.4%!
  14. Der Fragebogen hat die Tendenz zur totalen Psychiatrisierung der Bevölkerung.

- (e) 1. LEIGHTON, A. et al. (181)  
 2. 1961  
 3. Nigeria (Afrika)  
 4. Land  
 5. Wahre Prävalenz  
 6./7. Zufallsauswahl von 262 Dorfbewohnern, 59 Hospitalisierten, 64 Stadtbewohnern, 12 Patienten von Medizinern und 3 Patienten der Universitätsklinik.  
 8. Erwachsene  
 9. Die Erhebung erfaßt auch minimale Störungen, die 'psycho-physiologischen' Symptome kommen bei Dorfbewohnern in 81%, bei Stadtbewohnern in 95% vor.  
 11. Eine konventionelle Schichteinteilung ist nicht möglich.  
 14. Wie der Autor selbst angibt, sind die Resultate nicht besonders aussagekräftig.
- (f) 1. LLEWELLYN- THOMAS, E. (185)  
 2. 1960  
 3. Nordamerika  
 4. Land  
 5. Praktiker Klientel  
 6./7. 274 Personen, davon je 137 männlich und weiblich.  
 8. Die unterste Altersgrenze ist 15 Jahre.  
 9. Keine genauen Angaben.  
 10. Ärztliche und psychiatrische Untersuchung.  
 11. Die Bevölkerung besteht fast ausschließlich aus Fischern, sonst keine Angaben.  
 13. 64% aller Personen haben psychische Störungen, davon 124 psychosomatische.
- (g) 1. PASAMANICK, B., ROBERTS, D., LEMKAU, P., KRUEGER, D. (229, 230, 231)  
 2. 1953 bis 1955  
 3. USA  
 4. Großstadt  
 5. Wahre Prävalenz  
 6./7. Zufallsauswahl von 12 000 nicht hospitalisierten Personen. Jeder 10. kam in die Untersuchungsgruppe, 809 Personen (62,6%) antworteten.  
 8. Gesamtes Altersspektrum  
 9. Arthritis, Hochdruck, Neuralgie, Colitis, Hauterkrankungen, Heuschnupfen, Asthma, Blasenbeschwerden, Herzbeschwerden. Der Zusammenhang zwischen Psychosomatosen und sozialer Schicht ist folgender:  
 - invers bei Arthritis, Hochdruck, Neuralgie  
 - positiv bei Colitis, Hauterkrankungen, Heuschnupfen, Diabetes

- u-förmig bei Asthma und Blasenbeschwerden
- glockenförmig bei Herzbeschwerden

Insgesamt häufen sich alle psychosomatischen Störungen in oberen Schichten ähnlich wie die Neurosen.

10. Interview und klinische Untersuchung.

- (h)
1. SCHWAB, J., FENNELL, E., WARHEIT, G., (270)
  2. 1974
  3. USA
  4. Kleinstadt und Land
  5. Wahre Prävalenz
  6. ca. 105 000 Personen
  7. Zufallsauswahl von 2333 Personen, davon nahmen 1645 (44%) an der Untersuchung teil.
  8. 17 bis 92 Jahre
  9. Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Verstopfung, nervöser Magen, Magenschmerzen, Colitis, Gewichts- zu- oder abnahme, Durchfall, Hochdruck, Asthma, Magengeschwüre
  10. Zweistündiges Interview
  11. In den unteren Schichten häufen sich Verdauungs- beschwerden, Verstopfung und Hochdruck. In den mittleren Schichten tritt Kopfschmerz, in der Oberschicht Durchfall häufiger auf.
  14. Der Rücklauf ist sehr gering.

## LITERATURVERZEICHNIS

- (1) ABHOLZ, H.(Hrsg.) Krankheit und soziale Lage. Campus, Frankfurt/M.-New York 1976.
- (2) ADELSTEIN, A.,  
DOWNHAM, D.,  
STEIN, Z. and  
SUSSER, M. The epidemiology of mental illness in an English city. Soc.Psychiat.3, 47-59, 1968.
- (3) ADLER, A. Studie über Minderwertigkeit von Organen. Fischer, Frankfurt/M.1977 (Nachdruck).
- (4) ALEXANDER, F. Psychosomatische Medizin. Walter de Gruyter, Berlin-New York 1977. 3.Aufl.
- (5) AMMON, G. Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. Dyn.Psychiat.18, 11-32, 1973.
- (6) AMMON, G. Psychoanalyse und Psychosomatik. Piper, München 1974.
- (7) AMMON, G. Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. Dyn.Psychiat.17, 223-251, 1972.
- (8) ANYON, C. and  
KIDDLE, G. The prevalence of wheezing children in Lower Hutt. NZ Med.J. 79, 822-823, 1974.
- (9) APLEY, J. Which of you by taking thought can add one cubit unto his stature? Psychosomatic illness in children: a modern synthesis. Brit.Med.J.2, 756-761, 1973.
- (10) APLEY, J. und  
MAC KEITH, R. Das Kind und seine Symptome. Hippokrates, Stuttgart 1965.
- (11) ASAM, U. und  
KARRASS, W. Beitrag zum Gilles de la Tourette-Syndrom: Eine Analyse veröffentlichter Kasuistiken zur Frage des Krankheitsverlaufes und der Krankheitsprognose. Z.Kinder-Jugendpsychiat.4, 45-54, 1976.

- (12) ASAM, U.,  
PROBST, P.,  
PRIETZ, W. und  
KARRASS, W. Katamnestiche Untersuchung  
von Patienten mit multiplen  
Tics. Z.Kinder-Jugendpsychiat.  
7, 19-32, 1979.
- (13) ASKEVOLD, F. The search for parameters.  
Psychother.Psychosom.22, 112-  
120, 1973.
- (14) AUTORENKOLLEKTIV  
des Instituts für  
marxistische Stu-  
dien und For-  
schungen Klassen- und Sozialstruktur  
der BRD 1950-1970. Theorie,  
Diskussion, sozialstati-  
stische Analysen. Marxi-  
stische Blätter, Frankfurt/M.  
1974.
- (15) BALINT, M. Die Urformen der Liebe und  
die Technik der Psychoanalyse.  
Klett, Stuttgart 1966.
- (16) BALINT, M. Angstlust und Regression.  
Rowohlt, Reinbek 1972.
- (17) BALINT, M. Therapeutische Aspekte der  
Regression. Rowohlt, Reinbek  
1973.
- (18) BALINT, M. Der Arzt, sein Patient und  
die Krankheit. Klett, Stutt-  
gart 1976. 4.Aufl.
- (19) BARDE, B. Über den Zusammenhang von  
Objektbeziehungen und Körper-  
schema bei der Entstehung  
psychosomatischer Störungen.  
Unveröff. Manuskript. Frank-  
furt/M. 1977.
- (20) BASTIAANS, J. Psychosomatische Gevolgen  
van onderdrukking en verzet.  
Noord-Hollandsche Uit. Maat-  
schap, Amsterdam 1957.
- (21) BECKER, K. Feldstudie über die räum-  
liche Verteilung psychia-  
trischer Erkrankungen bei  
Jugendlichen in Tübingen.  
Med.Diss., Tübingen 1973.
- (22) BECKER, S. Überlegungen zum Verständnis  
körperlicher Subjektivität  
in Psychoanalyse und psycho-  
somatischer Medizin. Unver-  
öff. Manuskript, Frankfurt/M.  
1976.
- (23) BERES, D. Symbol und Objekt. Psyche 24,  
921-941, 1970.

- (24) BERNDT, H.                   Obstipation - Pathophysiologie, diagnostische und therapeutische Empfehlungen. Z.Ärztl.Fortb.15, 767-772, 1974.
- (25) BEUMONT, P.,  
BEARDWOOD, C. and  
RUSELL, G.                   The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. Psychol. Med.2, 216-231, 1972.
- (26) BEUMONT, P.,  
GEORGE, G. and  
SMART, D.                   "Dieters" and "vomitters" and "purgers" in anorexia nervosa. Psychol.Med.6, 617-622, 1976.
- (27) BIRBAUMER, N.(Hrsg.)       Psychophysiologie der Angst. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1977.
- (28) BIRBAUMER, N.               Zum Problem der Psychosomatik. In (27),296-332.
- (29) BLOCK, J.                   Parents of schizophrenic, neurotic, asthmatic and congenitally ill children. Arch.Gen.Psychiat.20, 659-674, 1969.
- (30) BOCKMÜHL, B.               Über ausgewählte Verhaltensstörungen bei Kindern in ihren Häufigkeiten und einigen sozialen Beziehungen. Med.Diss., Heidelberg 1971.
- (31) DE BOOR, C.                 Strukturunterschiede unbewußter Phantasien bei Neurosen und psychosomatischen Krankheiten. Psyche 18, 664-674, 1964/5.
- (32) DE BOOR, C.                 Zur Psychosomatik der Allergie insbesondere des Asthma bronchiale. Huber, Klett, Bern-Stuttgart 1965.
- (33) BORNEMANN, E.               Warum werden wir nicht alle verrückt? Psychologie heute 10, 47-52, 1978.
- (34) BRACKMANN, S.               Ideen zur gesellschaftlichen Bedeutung der Ergebnisse einer statistischen Erhebung über die soziale Zusammensetzung der Klientel einer Erziehungsberatungsstelle. Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat.6, 226-232, 1974.

- (35) BRÄUTIGAM, W. und CHRISTIAN, P. Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart 1973.
- (36) BREDE, K. Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Athenäum, Frankfurt/M. 1972.
- (37) BREDE, K. (Hrsg.) Einführung in die Psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge. Athenäum Fischer, Frankfurt/M. 1974.
- (38) BREMER, J. A social psychiatric investigation of a small community in Northern Norway. Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl. 62, 1951.
- (39) BRUCH, H. Obesity and anorexia nervosa: psychosocial aspects. A NZ J Psychiat. 9, 159-161, 1975.
- (40) BRUCH, H. The enigma of anorexia nervosa. Med. Times 104, 108-118, 1976.
- (41) BRUGGER, C. Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. Z. Neurol. Psychiat. 146, 489-524, 1933.
- (42) BRUNN, L. Statistische Ergebnisse an 1291 Kieler Schulkindern einer gemischten Volks- und Mittelschule. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 19, 261-265, 1957.
- (43) CERMAK, I. Family crisis and psychosomatic illness. Psychother. Psychosom. 22, 250-254, 1973.
- (44) CERMAK, I., GRÜNBERGER, J. und STACHER, G. Versuch einer testpsychologischen Differenzierung psychosomatischer Krankheitsbilder. Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 10, 69-77, 1974.
- (45) CHAZAN, M. and JACKSON, S. Behaviour problems in the infant school. J. Child Psychol. Psychiat. 12, 191-210, 1971.
- (46) CHAZAN, M. and JACKSON, S. Behaviour problems in the infant school: changes over two years. J. Child Psychol. Psychiat. 15, 33-46, 1974.

- (47) COHEN, B., FAIRBANK, R. and GREENE, E. Statistical contributions from the mental hygiene study of the Eastern health district of Baltimore. Hum.Biol.11, 112-129, 1933.
- (48) CORBETT, J. The nature of tics and Gilles de la Tourette's syndrom. Psychosom.Res.15, 403-409, 1971.
- (49) CREMERIUS, J. Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1978.
- (50) CREMERIUS, J., HOFFMANN, S. und TRIMBORN, W. Die manipulierten Objekte. Ein kritischer Beitrag zur Untersuchungsmethode der französischen Schule der Psychosomatik. Psyche 33, 801-828, 1979.
- (51) CRISP, A. Reported birth weights and growth rates in a group of patients with primary anorexia nervosa. J.Psychosom. Res.14, 23-50, 1970.
- (52) CRISP, A. Primary anorexia nervosa or adolescent weight phobia. Practitioner 212, 525-535, 1974.
- (53) CRISP, A., PALMER, R. and KALUCY, R. How common is anorexia nervosa? Brit.J.Psychiat. 128, 549-554, 1976.
- (54) DAHRENDORF, R. Gesellschaft und Demokratie in Deutschland. Piper, München 1971.
- (55) DALLY, P. Anorexia nervosa. Brit.J.Clin. Pract.26, 509-512, 1972.
- (56) DAVIDSON, M. Einige Untersuchungsergebnisse über psychologische Störungen bei Kindern.Prax. Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 8, 273-278, 1961.
- (57) DEBOW, S. Identical twins concordant for anorexia nervosa. Canad. Psychiat.Assoc.J.20, 215-217, 1975.
- (58) DELLISCH, H. Über die infantile Form der Anorexia nervosa. Z.Kinder-Jugendpsychiat.2, 128-137, 1977.

- (59) DEPPE, H.-U. Industriearbeit und Medizin. Athenäum Fischer, Frankfurt/M. 1973.
- (60) DESTUNIS, G. Die Schwererziehbarkeit und die Neurosen des Kindesalters. Enke, Stuttgart 1961.
- (61) DEUTSCH, F.(Hrsg.) The psychosomatic concept in psychoanalysis. Monograph series of the Boston Psychoanalytic Society und Institute, New York 1953.
- (62) DEUTSCH, F.(Hrsg.) On the mysterious leap from the mind to the body. International University Press, New York 1959.
- (63) DEUTSCH, F. Symbolization as a formative stage of the conversion process. In (62), 75-97.
- (64) DODGE, W.,  
WEST, E.,  
BRIDGFORTH, E. and  
TRAVIS, L. Nocturnal enuresis in 6- to 10-year-old children. Am.J. Dis.Child.120, 32-35, 1970.
- (65) DOERBECK, F. und  
TOBIASCH, V. Zur Therapie der chronischen Obstipation. Med.Mschr.2, 81-84, 1973.
- (66) DÖRNER, K. Bürger und Irre. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1969.
- (67) DOHRENWEND, B. and  
DOHRENWEND, B. Social status and psychological disorder: a causal inquiry. Wiley, New York-London-Sydney-Toronto 1969.
- (68) DREES, A.,  
ARNOLD, M.-A.,  
FREYBERGER, H. und  
RITTER, J. Das Alexithymiekonzept in der Psychosomatik. Therapie-woche 26, 1067-1077, 1976.
- (69) DUBE, K. Mental disorders in Agra. Soc.Psychiat.2, 139-143, 1968.
- (70) DÜHRSEN, A, Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1976. 11.Aufl.
- (71) DUNBAR, F. Psychosomatic diagnosis. Hoeber, New York 1948. 4.reprint.

- (72) EATON, J. and WEIL, R. Culture and mental disorders. A comparative study of the Hutterites and other populations. The Free Press, Illinois 1955.
- (73) EATON, J. and WEIL, R. The mental health of the Hutterites. In (253), 223-239.
- (74) EDITORIAL Anorexia in males. Brit.Med. J.4, 686, 1972.
- (75) EDITORIAL Bed wetting. Brit.Med.J.1, 4, 1977.
- (76) EDITORIAL Epidemiology of anorexia nervosa. Brit.Med.J.2, 556, 1973.
- (77) EDITORIAL Hormon patterns in anorexia nervosa. Brit.Med.J.2, 52-53, 1975.
- (78) EHRENSING, R. and WEITZMAN, E. The mother-daughter relationship in anorexia nervosa. Psychosom.Med.32, 201-239, 1970.
- (79) EICKE, D. Der Körper als Partner. Kindler, München 1973.
- (80) ELIAS, N. Über den Prozeß der Zivilisation. Band I und II, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1978.
- (81) ENGEL, G. und SCHMALE, A. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. Psyche 23, 241-261, 1969.
- (82) ESMAN, A. Nocturnal enuresis. Some current contents. J.Amer. Acad.Child Psychiat.16, 150-158, 1977.
- (83) ESSEN, J. and PECKHAM, C. Nocturnal enuresis in childhood. Dev.Med.Child Neurol.18, 577-587, 1976.
- (84) ESSEN-MÖLLER, E. Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. Acta Psychiat. Neurol.Scand.Suppl.100, 1956.
- (85) FARIS, R. and DUNHAM, H. Mental disorders in urban areas. The University of Chicago Press, Chicago-London 1939.
- (86) FARRALES, R. Enuresis among schoolchildren in selected schools in Manila. Acta Med.Phil.4, 129-136, 1972.

- (87) FEDERN, P. Ich-Psychologie und die Psychosen. Huber, Bern 1956.
- (88) FEIGNER, J.,  
ROBINS, E.,  
GUZE, S.,  
WOODRUFF, R.,  
WINOKUR, G. and  
MUNOZ, R. Diagnostic criteria for the use in psychiatric research. Arch.Gen.Psychiat.26, 57-63, 1972.
- (89) FENICHEL, O. Hysterien und Zwangsneurosen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1974 (Nachdruck).
- (90) FINKEL, A. and  
DUEL, W.(Eds.) Clinical implications of air pollution research. Publishing Sciences Group, Acton 1976.
- (91) FIRESTONE, S. Frauenbefreiung und sexuelle Revolution. Fischer, Frankfurt/M. 1975.
- (92) FORSYTHE, W. and  
REDMOND, A. Enuresis and spontaneous cure rate. Study of 1129 enuretics. Arch.Dis.Childh.49, 259-263, 1974.
- (93) FOUCAULT, M. Wahnsinn und Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1973.
- (94) FREDERICKING, U. Häufigkeiten, somatische und soziale Bedingungen von Verhaltensstörungen zehnjähriger Schulkinder. Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat.24, 204-213, 1975.
- (95) FREEDMAN, A.,  
KAPLAN, H. and  
SADOCK, B.(Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore 1975.
- (96) FRESE, M. Psychische Störungen bei Arbeitern. Müller, Salzburg 1977.
- (97) FREUD, A. Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler, München 1977. 9.Aufl.
- (98) FREUD, S. Gesammelte Werke. Band I-XVIII. Fischer, London-Frankfurt/M. 1940-1968.
- (99) FRIEDMAN, C. and  
FRIEDMAN, A. Sex concordance in psychogenic disorders. Arch.Gen.Psychiat.27, 611-617, 1972.
- (100) GALDSTONE, R. Mind over matter. Observations on 50 patients hospitalized with anorexia nervosa. J.Amer.Acad.Child Psychiat.13, 246-263, 1974.

- (101) GEDDA, E. Nervous behaviour disturbances in childhood. Z.Kinderpsychiat.20, 65-75, 1953.
- (102) GERHARDT, W. Psychoanalyse und Sozialisationstheorie. Campus, Frankfurt/M.-New York 1977.
- (103) GLASS, D. Soziale Schichtung und soziale Mobilität. Kölner Z.Soziol.Sozialpsychol.Sonderheft 5, 1961.
- (104) GLEISS, I., SEIDEL, R. und ABHOLZ, H. Soziale Psychiatrie. Fischer, Frankfurt/M. 1976.
- (105) GLEISS, I. Psychische Störungen als Bewegungsform des Subjekts im gesellschaftlichen Alltag - ein handlungstheoretischer Entwurf. In (160), 241-276.
- (106) GLEISS, I. Probleme und Perspektiven der sozialen Epidemiologie psychischer Störungen. In (159), 499-538.
- (107) GLENN, J. Psychoanalysis of a constipated girl. Clinical observations during the fourth and fifth year. J.Amer.Psychanal.Assoc.24, 141-161, 1977.
- (108) GOEBEL, F.-D. Anorexia nervosa beim Mann. Münch.Med.Wschr.118, 1557-1558, 1976.
- (109) GORDIS, L. Epidemiology of chronic lung diseases in children. The John Hopkins University Press, London-Baltimore 1973.
- (110) GRACE, W. and GRAHAM, D. Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. Psychosom.Med.4, 243-251, 1952.
- (111) GRAHAM, P., RUTTER, M., YULE, W. and PLESS, I. Childhood asthma: a psychosomatic disorder? Some epidemiological considerations. Brit.J.Prev.Soc.Med.21, 78-85, 1967.
- (112) GRODECK, G. Das Buch vom Es. Kindler, München 1975. 3.Aufl.
- (113) GRUNBERGER, B. Vom Narzißmus zum Objekt. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1977.

- (114) GRUNERT, J.(Hrsg.) Körperbild und Selbstverständnis. Kindler, München 1977.
- (115) GÜSE, H.-G. und SCHMACKE, N. Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. **Athenäum Kronberg 1976.**
- (116) HAAG, F., KRÜGER, H., SCHWÄRZEL, W. und WILDT, J.(Hrsg.) Aktionsforschung. Juventa, München 1972.
- (117) HÄFNER, H., REIMANN, H., IMMICH, H. und MARTINI, H. Inzidenz seelischer Störungen in Mannheim. Soc.Psychiat.4, 126-135, 1969.
- (118) HAESLER, L. Psychosomatische Aspekte bei funktionellen Dickdarmerkrankungen. Z.Allg.Med.10, 543-547, 1977.
- (119) HAGNELL, O. A prospective study of the incidence of mental disorder. Svenska Bokförlaget, Norstedt 1966.
- (120) HALLGREN, B. Enuresis. A study with reference to the morbidity risk and symptomatology. Acta Psychiat.Neurol.Scand.32, 379-403, 1956.
- (121) HALLIDAY, J. Psychosocial medicine. A study of the sick society. Heinemann, London 1949.
- (122) HALMI, K. and BRODLAND, G. Monozygotic twins concordant and diskordant for anorexia nervosa. Psychol.Med.36, 521-524, 1973.
- (123) HALMI, K. Anorexia nervosa. Demographic and clinical features in 94 cases. Psychosom.Med.36, 18-26, 1974.
- (124) HALMI, K. Comparison of demographic and clinical features in patient groups with different ages and weights at onset of anorexia nervosa. J.Nerv.Ment. Dis.158, 222-225, 1974.
- (125) HAMMAN, R., HALIL, T. and HOLLAND, W. Asthma in schoolchildren. Brit.J.Prev.Soc.Med.29, 228-239, 1975.

- (126) HANDL, J.                      Sozio-ökonomischer Status und der Prozeß der Statuszuweisung - Entwicklung und Anwendung einer Skala. In (127), 101-153.
- (127) HANDL, J.,  
MAYER, K. und  
MÜLLER, W.                      Klassenlagen und Sozialstruktur. Campus, Frankfurt/M.-New York 1977.
- (128) HARBAUER, H.,  
LEMP, R.,  
NISSEN, G. und  
STRUNK, P.                      Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1974. 2.Aufl.
- (129) HARBURG, E.,  
ERFURT, J.,  
HAUENSTEIN, L.,  
CHAPPE, C.,  
SCHULL, W. and  
SCHORK, M.                      Socio-ecological stress, suppressed hostility, skin colour, and black-white male blood pressure. Psychosom.Med.35, 276-300, 1973.
- (130) HARE, E.                      Mental illness and social conditions in Bristol. J. Ment.Sci.102, 349-357, 1956.
- (131) HARE, E. and  
SHAW, G.                      Mental health on a new housing estate. Oxford University Press, Oxford-London-New York 1965.
- (132) HARNACK, G.-A.v.              Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen. Karger, Basel- New York 1953.
- (133) HARNACK, G.-A.v.              Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind. Thieme, Stuttgart 1958.
- (134) HAU, T.                      Strukturwandel der Neurosen Jugendlicher nach dem Kriege. Z.Psychother.Med.Psychol.15, 208-210, 1965.
- (135) HAU, T.                      Vergleichende Untersuchungen an psychosomatisch erkrankten Jugendlichen der Geburtsjahrgänge der Vorkriegs-, Kriegs- und Nachkriegszeit. Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat.21, 193-200, 1972.
- (136) HEINDORF, H.,  
RENKER, K. und  
SCHÖNRÖCK, G.                      Über Auffälligkeiten bei Vorschulkindern. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1967.

- (137) HENKEL, D. und  
ROER, D. Häufigkeit, Sozialverteilung  
und Verursachung psychischer  
Störungen in der BRD. Argu-  
ment, Sonderband 12, 148-189,  
1976.
- (138) HENRY, J.,  
MEEHAN, J. and  
STEPHENS, P. The use of psychosocial sti-  
muli to induce prolonged sys-  
tolic hypertension in mice.  
Psychosom.Med.29, 408-431,  
1967.
- (139) HERZKA, H. Sauberkeitsentwicklung und  
"psychogene" Enuresis. Ther.  
Umsch.29, 730-734, 1972.
- (140) HINKLE, L. Human ecology and psychoso-  
matic medicine. Psychosom.  
Med.4, 391-395, 1967.
- (141) HÖPPNER, E. Die Häufigkeit der Enuresis  
bei Berliner Schulkindern.  
Prax.Kinderpsychol.Kinder-  
psychiat.2, 265-267, 1952.
- (142) HOFF, H. und  
RINGEL, E. Aktuelle Probleme der psycho-  
somatischen Medizin. Lenz,  
München 1964.
- (143) HOLLAND, W. and  
GILDERALE, S. The onset of chronic bron-  
chitis in childhood. Bron-  
ches 24, 232-236, 1974.
- (144) HOLLINGSHEAD, A. and  
REDLICH, F. Der Sozialcharakter psy-  
chischer Störungen. Fischer,  
Frankfurt/M. 1975.
- (145) HOLZKAMP, K. Kritische Psychologie.  
Fischer, Frankfurt/M. 1976.
- (146) HORN, K.(Hrsg.) Aktionsforschung: Balance-  
akt ohne Netz? Syndicat,  
Frankfurt/M. 1979.
- (147) HUGHES, C.,  
TREMBLAY, M.-A.,  
RAPOPORT, R. and  
LEIGHTON, A. People of cove and wood-  
lot. Basic Books, New York  
1960.
- (148) IKEMI, Y.,  
AGO, Y.,  
NAKAGAWA, S.,  
MORI, S. and  
Psychosomatic mechanism  
under social changes in  
Japan. Psychother.Psycho-  
som.23, 240-250, 1974.
- (149) JANOWITZ, M. Soziale Schichtung und Mobi-  
lität in Westdeutschland.  
Kölner Z.Soziol.Sozialpsychol.  
10, 1-38, 1958.
- (150) JONES, E. Die Theorie der Symbolik.  
In (206), 229-279.

- (151) JORES, A. Die Obstipation als Ausdruck einer Fehlhaltung des Menschen. Z.Allg.Med.46, 1375-1377, 1970.
- (152) KAFFMAN, M. Toilet-training by multiple caretakers: enuresis among kibbutz children. Isr. Ann. Psychiat.18, 341-365, 1972.
- (153) KAFFMAN, M. Infants who become enuretics: a longitudinal study. Monogr. Soc. Res. Child Dev. 42, Chicago 1977.
- (154) KAILA, M. Über die Durchschnittshäufigkeit der Geisteskrankheiten und des Schwachsinn in Finnland. Acta Psychiat. Neurol. Scand. 17, 47-67, 1942.
- (155) KAMLAH, W. und LORENZEN, P. Logische Propädeutik. Bibliographisches Institut Mannheim, Mannheim 1973. 2. Aufl.
- (156) KASL, S. and COBB, S. Blood pressure changes in men undergoing job loss. Psychosom. Med. 32, 19-38, 1970.
- (157) KENDELL, R., HALL, D., HAILEY, A. and BABIGIAN, H. The epidemiology of anorexia nervosa. Psychol. Med. 3, 200-203, 1973.
- (158) KERNBERG, O. Zur Behandlung narzistischer Persönlichkeitsstörungen. Psyche 29, 890-905, 1975.
- (159) KEUPP, H. (Hrsg.) Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1972.
- (160) KEUPP, H. (Hrsg.) Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1974.
- (161) KEUPP, H. Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen klinischer und sozialwissenschaftlicher Perspektive. In (160), 3-51.
- (162) KEUPP, H. und ZAUMSEIL, M. (Hrsg.) Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1978.
- (163) KEUPP, H. (Hrsg.) Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979.

- (164) KHAN, A. Present status of psychosomatic aspects of asthma. Psychosomatics 14, 195-200, 1973.
- (165) KHAN, A. Mechanism of psychogenic asthmatic attack in children. Psychother.Psychosom.24, 137-140, 1974.
- (166) KILIAN, H. Zur Problemstellung einer kritischen Theorie der Psychoanalyse. In (320), 117-123.
- (167) KLAUBER, J. Psychoanalytische Beiträge zur psychosomatischen Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Konversionstheorie. Psyche 20, 294-304, 1966.
- (168) KLEINER, R. and PARKER, S. Goal-striving, social status and mental disorder: research review. Amer.Soc.Rev.28, 189-203, 1963.
- (169) KLEINING, G. and MOORE, H. Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. Kölner Z. Soziol.Sozialpsychol.20, 502-552, 1968.
- (170) KÖHLE, K., BÖCK, D. und GRAUHAN, A. Die internistisch-psychosomatische Krankenstation. Geigy, Basel 1977.
- (171) KOHUT, N. Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1976.
- (172) KOIVIKKO, A. Childhood asthma in Finland. Acta Allergol.29, 30-72, 1974.
- (173) KOLVIN, I., TAUNCH, J., CURRAH, J., NOLAN, J. and SHAW, W. Enuresis: a descriptive analysis and a controlled trial. Dev.Med.Child Neurol.14, 715-726, 1972.
- (174) KRIES, D.v. Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien. Dyn. Psychiat.17, 266-276, 1972.
- (175) KULESSA, C. Über Verhaltensauffälligkeiten bei zehnjährigen Grundschulkindern. Med.Diss., Heidelberg 1973.
- (176) LACAN, J. Freuds technische Schriften. Walter, Olten 1978.

- (177) LANGENMAYR, A. Geschwisterkonstellation und Neurosenstruktur. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 24, 41-46, 1975.
- (178) LANGENMAYR, A. Krankheit als psychosoziales Phänomen. Hogrefe, Göttingen-Toronto-Zürich 1980.
- (179) LANGNER, T. and MICHAEL, S. Life stress and mental health. The Midtown Manhattan Study. Collier-Macmillan, London 1963.
- (180) LAPOUSE, R. and MONK, M. An epidemiological study of behaviour characteristics in children. Amer.J.Publ.Hlth. 48, 1134-1144, 1958.
- (181) LEIGHTON, A., LAMBO, T., HUGHES, C., LEIGHTON, D., MURPHY, J. and MACKLIN, D. Psychiatric disorder among the Yoruba. A report from the Cornell-Aro Mental Health Research Project in the Western region, Nigeria. Cornell University Press, Ithake-New York 1963.
- (182) LEMPP, R. Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1972. 2.Aufl.
- (183) LEMPP, R. Die kinderpsychiatrische Therapie bei der Enuresis. Therapiewoche 26, 4403-4409, 1976.
- (184) LIN, T.-Y. A study of the incidence of mental disorder in chinese and other cultures. Psychiat. 16, 313-336, 1953.
- (185) LLEWELLYN-THOMAS, E. The prevalence of psychiatric symptoms within an island fishing village. Canad.Med. Assoc.J. 83, 197-204, 1960.
- (186) LOHMANN, H. Krankheit oder Entfremdung? Thieme, Stuttgart 1978.
- (187) LORENZER, A. Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffes. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1972.
- (188) LORENZER, A. Spracherstörung und Rekonstruktion. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1973.
- (189) LORENZER, A. Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder: Sprache und Interaktion. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1973.

- (190) LORENZER, A. Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1973.
- (191) LORENZER, A. Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1976.
- (192) LORENZER, A. Sprachspiel und Interaktionsformen. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1977.
- (193) MACFARLANE, J., ALLEN, L. and HONZIK, M. A developmental study of the behaviour problems of normal children between 21 months and 14 years. University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1962.
- (194) MAHLER, M. Symbiose und Individuation. Klett, Stuttgart 1972.
- (195) MANGUS, A. and DAGER, E. Factors related to personality change during the second decade in the lives of young people. In (229), 39-68.
- (196) MARGOLIN, S. Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes. In (61), 3-36.
- (197) MARTIN, M. und DAUNER, I. Anorexie bei Knaben - zu ihrer Differentialdiagnose. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 6, 117-130, 1978.
- (198) MARTY, P. Die "allergische Objektbeziehung". In (37), 420-445.
- (199) MARTY, P. und M'UZAN, M. Das operative Denken ("pensée opératoire"). Psyche 32, 974-984, 1978.
- (200) MASSING, A. und BECKERS, W. Zur Frage der Manifestationsbedingungen und Häufigkeitszunahme der Pubertätsmagersucht. Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 20, 53-59, 1974.
- (201) MATTSSON, A. Emotional problems in asthmatic children. Virg. Med. 100, 1024-1029, 1973.
- (202) MATTSSON, A. Psychological aspects of childhood asthma. Pediat. Clin. Amer. 22, 77-88, 1975.
- (203) MAYER, K. Statushierarchie und Heiratsmarkt - empirische Analysen zur

- Struktur des Schichtungs-  
systems in der Bundesrepublik  
und zur Ableitung einer Skala  
des sozialen Status. In (127),  
155-232.
- (204) MAYER-GROSS, W. Mental health survey in a  
rural area. Eug.Rev.40, 140-  
148, 1948.
- (205) MEARES, R. A modell of psychosomatic  
illness. Med.J.Aust.2, 97-  
100, 1975.
- (206) MENNE, K.,  
LOOSER, M.,  
OSTERLAND, A.  
BREDE, K. und  
MOERSCH, E. Sprache, Handlung und Unbe-  
wußtes. Athenäum, Frankfurt/M.  
1976.
- (207) MEIJER, A. High risk factors for child-  
hood asthma. Ann.Allerg.37,  
119-122, 1976.
- (208) MENGER, W. Statistische Ergebnisse bei  
12 246 Kindern mit Asthma  
bronchiale und Neurodermitis  
constitutionalis. Mschr.Kin-  
derheilk.119, 223-228, 1971.
- (209) MERTENS, W. Sozialpsychologie des Experimen-  
ts. Hoffmann und Campe,  
Hamburg 1975.
- (210) MEYER, J.-E. und  
FELDMANN, H.(Hrsg.) Anorexia nervosa. Thieme,  
Stuttgart 1965.
- (211) MIKLICH, D.,  
REWEY, H.,  
WEISS, J. and  
KOLTON, S. A preliminary investigation  
of psychophysiological re-  
sponses to stress among dif-  
ferent subgroups of asthmatic  
children. J.Psychosom.Res.17,  
1-8, 1973.
- (212) MILLER, P.,  
INGHAM, J. and  
DAVIDSON, S. Life events, symptoms and  
social supports. J.Psychosom.  
Res.20, 515-522, 1976.
- (213) MINUCHIN, S.,  
BAKER, L.,  
ROSMAN, B.,  
LIEBMAN, R.,  
MILMAN, L. and  
TODD, T. A conceptual model of psy-  
chosomatic illness in  
children. Arch.Gen.Psychiat.  
27, 1031-1038, 1972.
- (214) MISCHER, W. Personality and assessment.  
Wiley, New York 1968.
- (215) MITCHELL, R. and  
DAWSON, B. Educational and social  
characteristics of children  
with asthma. Arch.Dis.Childh.  
48, 467-471, 1973.

- (216) MITSCHERLICH, A. Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Band I, 6. Aufl.; Band II, 5. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1970 und 1971.
- (217) MITSCHERLICH, M. Ein Beitrag zur Frage der Alexithymie. Therapiewoche 26, 909-915, 1976.
- (218) MONTAGU, A. Körperkontakt. Klett, Stuttgart 1974.
- (219) MORGAN, H. and RUSSELL, G. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. Psychol. Med. 5, 355-371, 1975.
- (220) MOSER, H. Aktionsforschung als kritische Theorie der Sozialwissenschaften.
- (221) MÜLLER, M. und BECK, D. Die Anorexia nervosa. Schweiz. Rundsch. Med. 62, 1059-1063, 1973.
- (222) MUTTER, A. and SCHLEIFER, M. The role of psychological and social factors in the onset of somatic illness in children. Psychosom. Med. 28, 333-343, 1966.
- (223) NOWACK, B. Sozialpsychiatrische Untersuchung anhand einer Feldstudie in Tübingen über die räumliche Verteilung psychiatrischer Erkrankungen bei Jugendlichen. Med. Diss., Tübingen 1973.
- (224) NURCOMBE, B. Psychogenic megacolon. The study of a psychosomatic relationship. Med. J. Aust. 2, 1178-1181, 1972.
- (225) OTTOMEYER, K. Ökonomische Zwänge und menschliche Beziehungen. Rowohlt, Reinbek 1977.
- (226) OVERBECK, G. und BRÄHLER, E. Eine Beobachtung zum Sprechverhalten von Patienten mit psychosomatischen Störungen. Dyn. Psychiat. 25, 100-108, 1974.
- (227) OVERBECK, A. und OVERBECK, G. Das Asthma bronchiale im Zusammenhang familiendynamischer Vorgänge. Psyche 32, 929-955, 1978.

- (228) PALAZZOLI SELVINI, M. Interpretation of mental anorexia. In (210), 96-103.
- (229) PASAMANICK, B.(Ed.) Epidemiology of mental disorders. American Association for the Advancement of Science, Washington 1959.
- (230) PASAMANICK, B., ROBERTS, D., LEMKAU, P. and KRUEGER, D. A survey of mental disease in an urban population: prevalence by race and income. In (229), 183-201.
- (231) PASAMANICK, B. Prevalence and distribution of psychosomatic condition in an urban population according to social class. A discussion of the epidemiological method. Psychosom.Med.24, 352-356, 1962.
- (232) PETRI, H. Soziale Schicht und psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht 1979.
- (233) PFLANZ, M. Sozialanthropologische Aspekte der Anorexia nervosa. In (210), 146-150.
- (234) PHILLIPS, D. The "true prevalence" of mental illness in a New England state.Comm.Ment.Hlth.J.2, 35-40, 1966.
- (235) PHILLIPS, D. Datengewinnung als ein sozialer Prozeß: Implikationen für Untersuchungen der "wahren Prävalenz" psychischer Störungen. In (160), 241-260.
- (236) PINKERTON, P. Symptom formation reconsidered in psychosomatic terms. Psychother.Psychosom.23, 44-54, 1974.
- (237) PLAUM, F. und STEPHANOS, S. Die klassischen psychoanalytischen Konzepte der Psychosomatik und ihre Beziehungen zum Konzept der "pensée opératoire". In (313), 203-241.
- (238) PLOG, S. and EDGERTON, R.(Eds.) Changing perspectives in mental illness.Holt, Rinehart and Winston, New York 1969.
- (239) POHL, J. Konversion und psychosomatische Symptombildung. Dyn.Psychiat.17, 277-289, 1972.

- (240) POLLARD, J.,  
TROY, V.,  
SHANAHAN, T. and  
HOBDAJ, J.      The prevalence of wheezing  
and other respiratory symptoms  
in schoolchildren aged six to  
eleven years from Perth,  
Western Australia. Med.J.Aust.  
4, 521-523, 1971.
- (241) PRIMROSE, E.      Psychological illness. A com-  
munity study. Tavistock Pub-  
lications, London 1962.
- (242) PRINGLE, M.,  
BUTLER, N. and  
DAVIE, R.      11 000 seven-year-old. First  
report from the National Child  
Development Study (1958 cohort).  
Longmans, London-Harlow 1966.
- (243) PROJEKT  
KLASSENANALYSE      Materialien zur Klassenstruktur  
der BRD. Verlag für das Studium  
der Arbeiterbewegung, Berlin  
1974.
- (244) RAD, M.v. und  
LÖLAS, R.      Psychosomatische und psycho-  
neurotische Patienten im Ver-  
gleich. Unterschiede des  
Sprechverhaltens. Psyche 32,  
956-973, 1978.
- (245) RAHE, R.,  
MCKEAN, J. and  
ARTHUR, R.      A longitudinal study of life-  
change and illness pattern.  
J.Psychosom.Res.10, 355-366,  
1967.
- (246) RANGELL, L.      Die Konversion. Psyche 23,  
121-147, 1969.
- (247) REDLICH, F.(Ed.)      Social psychiatry. Williams  
and Wilkins, Baltimore 1969.
- (248) REMSCHMIDT, H. und  
REMSCHMIDT, U.      Symptomatologie, Verlauf und  
Prognose von Ticerkrankungen  
im Kindesalter. Klin.Pädiat.  
186, 185-199, 1974.
- (249) RENNIE, T. and  
SROLE, L.      Social class prevalence and  
distribution of psychosomatic  
conditions in an urban popula-  
tion. Psychosom.Med.18, 449-  
456, 1956.
- (250) REUTER, U. und  
HÖCHER, G.      Schüler und Gesundheit.  
Klett, Stuttgart 1977.
- (251) RICHMAN, N.,  
STEVENSON, J. and  
GRAHAM, P.      Prevalence of behaviour prob-  
lems in 3-year-old children:  
an epidemiological study in  
a London borough. J.Child  
Psychol.Psychiat.16, 277-287,  
1975.

- (252) RIN, H. and  
LIN, T.-Y. Mental illness among Formosan aborigines as compared with the Chinese in Taiwan. *J.Ment.Sci.*108, 134-146, 1962.
- (253) ROSE, A.(Ed.) Mental health and mental disorder. A sociological approach. Routledge and Kegan Paul, London 1956.
- (254) ROSE, G. Körper-Ich und Realität. *Psyche* 22, 503-517, 1968.
- (255) ROTH, W. and  
LUTON, F. The medical Health Program in Tennessee. *Amer.J.Psychiat.* 99, 662-675, 1943.
- (256) RUPPERT, V. Asthmafibel. Schwarzeck, München 1974.
- (257) RUTTER, M. and  
GRAHAM, P. Psychiatric disorder in 10- and 11-year-old children. *Pro.Roy.Soc.Med.*59, 382-387, 1966.
- (258) RUTTER, M.,  
COX, A.,  
TULPING, C.,  
BERGER, M. and  
YULE, W. Attainment and adjustment in two geographical areas. I.The prevalence of psychiatric disorders. *Brit.J.Psychiat.*126, 493-509, 1975.
- (259) RUTTER, M.,  
TIZARD, J.,  
YULE, W.,  
GRAHAM, P. und  
WHITMORE, K. Epidemiologie in der Kinderpsychiatrie - die Isle of Wight Studien 1964-1974. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.*6, 238-279, 1977.
- (260) SCHEFLEN, A. Systems and psychosomatics. An introduction to "psychosomatic manifestations of rapport in psychotherapy." *Psychosom.Med.*28, 297-304, 1966.
- (261) SCHEUCH, E. Sozialprestige und soziale Schichtung. In (103), 65-103.
- (262) SCHILDER, P. Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1973 (Nachdruck).
- (263) SCHMALE, A. Giving up as a final common pathway to changes in health. *Adv.Psychosom.Med.*8, 20-40, 1972.
- (264) SCHMERLER, A. and  
ABRAMOWICZ, M. Childhood asthma in the Bronx. *NY.State J.Med.*20, 2166-2168, 1974.
- (265) SCHMIDT, M. Verhaltensstörungen im Kindesalter. Schwester 6, 44-47, 1970.

- (266) SCHNEIDER, P.-B. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychosomatischer Medizin. *Psyche* 27, 21-49, 1973.
- (267) SCHUCH, P. Durchfallserkrankungen und Obstipation bei Säuglingen und Kleinkindern. *Z.Allg.Med.* 32, 1457-1465, 1974.
- (268) SCHUR, M. Zur Metapsychologie der Somatisierung. In (37), 235-395.
- (269) SCHWAB, J.,  
MCGINNIS, N.,  
NORRIS, L. and  
SCHWAB, R. Psychosomatic medicine and the contemporary social scene. *Amer.J.Psychiat.* 126, 1632-1642, 1970.
- (270) SCHWAB, J.,  
FENNELL, E. and  
WARHEIT, G. The epidemiology of psychosomatic disorders. *Psychosomatics* 15, 88-93, 1974.
- (271) SCHWIDDER, W. Zur poliklinischen Behandlung psychogener Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. *Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat.* 2, 33-39, 1952.
- (272) SCHWIDDER, W. Psychosomatik und Psychotherapie bei Störungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes. *Doc.Geigy*, Basel 1977.
- (273) SCHWOON, D. und  
PFLANZ, M. Methodische Probleme der Epidemiologie psychischer Störungen. In (160), 226-240.
- (274) SENAY, E. and  
REDLICH, F. Cultural and social factors in neuroses and psychosomatic illnesses. *Soc.Psychiat.* 3, 89-97, 1968.
- (275) SHAFII, M.,  
SALGUERO, C. and  
FINCH, S. Anorexia à deux. Psychopathology and treatment of anorexia nervosa in latency-age siblings. *J.Amer.Acad.Child Psychiat.* 14, 617-632, 1975.
- (276) SHEPERD, M.,  
OPPENHEIM, B. und  
MITCHELL, S. Auffälliges Verhalten bei Kindern. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1973.
- (277) SIFNEOS, P. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother.Psychosom.* 22, 255-262, 1973.

- (278) SILBERSTEIN, R. Enuresis: a controversial problem in child psychiatry. Child Welfare 52, 367-374, 1973.
- (279) SMART, D.,  
BEUMONT, P. and  
GEORGE, G. Some personality characteristics of patients with anorexia nervosa. Brit.J. Psychiat.128, 57-60, 1976.
- (280) SMITH, J.,  
HARDING, L. and  
CUMMING, G. The changing prevalence of asthma in schoolchildren. Clin. Allergy 1, 57-61, 1976.
- (281) SMITH, J. The prevalence of asthma and wheezing in children. Brit.J. Dis.Chest 70, 73-77, 1976.
- (282) SOURS, J. The anorexia nervosa syndrome. Int.J.Psychoanal.55, 567-576, 1974.
- (283) SPEIDEL, H. Freuds Symbolbegriff. Psyche 31, 689-711, 1977.
- (284) SPEIDEL, H. Über den Symbolbegriff in der Psychoanalyse. Psyche 32, 289-328, 1978.
- (285) SROLE, L.,  
LANGNER, T.,  
MICHAEL, S.,  
OPLER, M. and  
RENNIE, T. Mental health in Metropolis: The Midtown Manhattan Study. McGraw-Hill, New York 1962.
- (286) STEINHAUSEN, H.-C. Die Persönlichkeit von Eltern chronisch kranker Kinder.Prax. Kinderpsychol.Kinderpsychiat.26, 197-202, 1977.
- (287) STEINHAUSEN, H.-C. Psychosomatische Theorienbildung des Asthma bronchiale. Mschr.Kinderheilk.125, 129-136, 1977.
- (288) STEINHAUSEN, H.-C. Anorexia nervosa - eine aktuelle Literaturübersicht. Z. Kinder-Jugendpsychiat.7, 149-160; 249-271, 1979.
- (289) STENBÄCK, A. and  
ACHTE, K. Hospital first admissions and social class with special reference to schizophrenia. Acta Psychiat.Neurol.Scand.42, 113-124, 1966.
- (290) STEPHANOS, S. Analytisch-psychosomatische Therapie. Huber-Klett, Bern-Stuttgart 1974.
- (291) STEUBER, H. Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat.22, 246-250, 1973.

- (292) STOTT, D. Studies of troublesome children. Tavistock Publications, London-New York 1966.
- (293) STROEBEL, H. Lern- und Leistungsstörungen: Genese, Therapie und Prophylaxe. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1975.
- (294) STRÖMGREN, A. Statistical and genetic population studies within psychiatry. Methods and principle results. Congress International de Psychiatrie, Soc.Psychiat. 6, 155-188, 1950.
- (295) STROTZKA, H. Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst, Wien-München 1969.
- (296) STRUNK, P. Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In (128), 122-173.
- (297) STRUNK, P. Nervöse Störungen im Kleinkindesalter. Mk.Ärztli.Fortb. 28, 311-316, 1978.
- (298) STUDDT, H. Psycho- und Somatoneurosen im Vergleich: Angstneurose/Phobie - Asthma bronchiale. Eine psychosomatische Erkundungsstudie. Fortschr.Med.94, 1786-1790, 1978.
- (299) SUBERMANN, R. Constipation in children. Pediat.Ann.33, 17-25, 1976.
- (300) SUNDBY, P. Occupation and insanity. Acta Psychiat.Neurol.Scand.106, 276-287, 1956.
- (301) TAIPALE, V., TUOMI, O. and AUKEE, M. Anorexia nervosa. An illness of two generations. Acta Paedopsychiat.38, 21-25, 1971.
- (302) TAIPALE, V., LARKIO-MIETTINEN, K., VALANNE, E., MOREN, R. and AUKEE, M. Anorexia in boys. Psychosomatics 13, 236-240, 1972.
- (303) TANELI, S. und ULRICH, J. Ergebnisse der Psychodiagnostik bei Kindern mit Asthma bronchiale. Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat.25, 1-4, 1976.
- (304) THALMANN, H.-C. Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Klett, Stuttgart 1971.

- (305) THEWELEIT, K. Männerphantasien, Band I und II. Verlag Roter Stern, Frankfurt/M. 1977 und 1978.
- (306) THIEMANN, W., FISCHER, H. und TUCHSCHEERER, G. Zur Ätiopathogenese und Therapie von Tics im Kindesalter. Kinderärztl.Prax.41, 130-135, 1973.
- (307) THOMÄ, H. Bemerkungen zu neueren Arbeiten über die Theorie der Konversion. Psyche 16, 801-813, 1962/3.
- (308) TJADEN-STEINHAUER, M. Klassenverhältnisse im Spätkapitalismus. Enke, Stuttgart, 1973.
- (309) TOMAN, W. Familienkonstellationen. Beck, München 1974. 2.Aufl.
- (310) TREPPENHAUER, A. Psychopathologie oder abweichendes Verhalten. In (163), 167-197.
- (311) TRUSSEL, R., ELINSON, J. and LEVIN, M. Comparison of various methods of estimating the prevalence of chronic disease in a community - The Hunterdon County Study. Amer.J.Publ.Hlth.46, 173-182, 1956.
- (312) UEXKÜLL, T.v. Der Körper als Problem der psychosomatischen Medizin. Psyche 15, 76-87, 1961/2.
- (313) UEXKÜLL, T.v.(Hrsg.) Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1979.
- (314) UMPHRESS, A., SOLBRITT, M. and NICKOLS, S. Adolescent enuresis. A sociological study of interaction. Arch.Gen.Psychiat.22, 237-244, 1970.
- (315) VARONIER, H. Prevalence of respiratory allergy among children and adolescents in Geneva, Switzerland. Respiration 27, 115-120, 1970.
- (316) VOGT, R., BÜRCKSTÜMMER, G., ERNST, L., MEYER, K. und RAD, M.v. Experimentelle Rohrschach-Untersuchung zur "pensée-opératoire". Psyche 33, 829-873, 1979.
- (317) VOLKHOLZ, V., ELSNER, G., KRIESCHER-FAUCHS, M. und THOMA, P. Analyse des Gesundheitssystems. Athenäum Fischer, Frankfurt/M. 1974.

- (318) WALLIS, H. Psychosomatik der Obstipation des Kindes. Mschr.Kinderheilk. 124, 348-350, 1976.
- (319) WEBER, A. Psychosomatik des Asthma bronchiale im Kindesalter. Mschr. Kinderheilk. 124, 224-226, 1976.
- (320) WEHLER, H.-U.(Hrsg.) Soziologie und Psychoanalyse. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1972.
- (321) WELDING, G. Verhaltensauffällige Kinder in Kindergärten der Stadt Göttingen. Eine epidemiologische Untersuchung. Med.Diss., Göttingen 1975.
- (322) WERMAN, D. and KATZ, J. Anorexia in a pair of identical twins. J.Amer.Acad.Child Psychiat. 14, 633-645, 1975.
- (323) WIENER, J. Identical male twins discordant for anorexia nervosa - a case study. J.Amer.Acad. Child Psychiat. 15, 523-534, 1976.
- (324) WILLIAMS, H. and PHELAN, P. Respiratory illness in children. Oxford University Press, Oxford 1975.
- (325) WILLIAMS, J. Aspects of dependence-independence conflict in children with asthma. J.Child Psychol. Psychiat. 16, 199-218, 1975.
- (326) WITTKOWER, E. and WARNES, H. Transcultural psychosomatics. Psychother.Psychosom. 23, 1-12, 1974.
- (327) WOLD, P. Family structure in three cases of anorexia nervosa: the role of the father. Amer.J.Psychiat. 130, 1394-1397, 1973.
- (328) WOLKIND, S. Bed wetting and emotional disorder. An interactionist model. Child Care Hlth.Dev. 2, 77-81, 1976.
- (329) YOSHIDA, R., MOTOMIYA, K., SAITO, H. and FUNABASHI, S. Clinical and epidemiological studies on childhood asthma in air polluted areas in Japan. in (90), 165-176.
- (330) ZANDER, W. Zum Problem der spezifischen Syndrombildung bei psychosomatischen Krankheitsbildern. Z. Psychosom.Med.Psychoanal. 22, 150-168, 1976.

- (331) ZAUNER, J. Psychosomatische Aspekte der Erkrankungen des Verdauungstraktes. Internist 13, 443-447, 1972.
- (332) ZEPF, S. Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken. Campus, Frankfurt/M.-New York 1976.
- (333) ZEPF, S. Grundlinien einer materialistischen Theorie psychosomatischer Erkrankung. Campus, Frankfurt/M.-New York 1976.
- (334) ZUIDEMA, P., KERREBIJN, K. und LAGALLY-RÖHR, I. Epidemiologische Untersuchung über das Vorkommen von Asthma und Bronchitis bei den Davoser Schulkindern. Respiration 27, 101-112, 1970.

## DANKSAGUNG

Besonderen Dank schulde ich Herrn Prof.Dr.G.NEUHÄUSER für seine geduldige und immer freundliche Unterstützung. H.HUBEN und C.AMMERMANN ist für die Hilfe bei der statistischen Ausarbeitung zu danken; I.BANTJE ist für den größten Teil der Schreibarbeit verantwortlich. Nicht vergessen möchte ich an dieser Stelle alle Freunde und Bekannte, die mir in vielen Gesprächen Mut und Anstoß zum Weitermachen gegeben haben.

## LEBENS LAUF

Als erster Sohn von Lydia Braun, geb.Stein und Franz-Peter Braun wurde ich am 21. Januar 1953 in Tauberscheidt/Baden-Württemberg geboren. Kurz darauf zog die Familie um nach Nürnberg, wo ich Kindergarten, Volksschule und schließlich ab 1963 das Melanchthon-Gymnasium besuchte, an dem ich 1972 das Abitur ablegte. Von 1972 bis 1979 studierte ich an der Universität Erlangen-Nürnberg Humanmedizin, nebenbei belegte ich sechs Semester Psychologie. Im Mai 1979 erhielt ich die ärztliche Approbation, seit Dezember 1979 leiste ich als Arzt an der Städtischen Kinderklinik Nürnberg den Zivildienst ab.









